

 FNA-Journal




Qualitative Metastudie zum Forschungsstand „Erwerbsminderungsrente“

-

**mit besonderer Berücksichtigung der Arbeitsmarktintegration und
Rückkehr ins Erwerbsleben**

– Forschungsbericht –

Projektleitung

Dr. Jannis Hergesell

Im Auftrag

der Deutschen Rentenversicherung Bund
Forschungs-Netzwerk Alterssicherung

Projektlaufzeit

Juli 2018 bis Dezember 2018

1. Herausforderungen der (interdisziplinären) Erwerbsminderungsrentenforschung	1
1.1 Aktuelle Themenschwerpunkte und Entwicklungstendenzen	2
1.2 Aufbau und Zielsetzung der qualitativen Metastudie	6
2. Praxisorientierte Rehabilitationsforschung und -wissenschaft	10
2.1 Prävention von Erwerbsminderung	12
2.2 Medizinische Rehabilitationsforschung	22
2.3 Berufliche Rehabilitationsforschung	29
2.4 Evaluation von Rehabilitationsmaßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung	42
2.5 Zusammenfassung und Fazit	44
3. Sozialrechtliche, -politische und ökonomische Arbeiten zu EM-Rente und Arbeitsmarktintegration	50
3.1 Sozialrechtliche Arbeiten	51
3.2 Sozialpolitische Arbeiten	58
3.3 Ökonomische Arbeiten	65
3.4 Zusammenfassung und Fazit	72
4. Arbeitsmarkt(re)integration und Erwerbsminderungsrente: Sozialwissenschaftliches Theorieangebot	79
4.1 Gesundheitssoziologie und gesundheitliche Ungleichheitsforschung	81
4.2 Soziologie der Behinderung und Disability Studies	87
4.3 Empirische Studien	95
4.4 Zusammenfassung und Fazit	102
5. Querschnittsthemen	110
5.1 Risikogruppen	110
5.2 Sozioökonomische Situation von EM-RentnerInnen und Altersarmut	113
5.3 Soziale Ungleichheit und Verteilungsgerechtigkeit	116
5.4 Berentung wegen verschlossenem Arbeitsmarkt und Hindernisse bei der Arbeits- markt(re)integration	120

5.5	(Zukünftige) Herausforderungen und Reformmöglichkeiten.....	125
5.6	Gutachterliche Entscheidungen.....	130
5.7	Internationaler Vergleich.....	133
6.	Zusammenfassung und Diskussion.....	138
7.	Literaturverzeichnis.....	152
8.	Anhang: Thematisch gegliedertes Literaturverzeichnis des EM- Rentenforschungsstandes.....	182

1. Herausforderungen der (interdisziplinären) Erwerbsminderungsrentenforschung

Nachdem ab Mitte der 1990er Jahre bis 2006 ein ca. 43%tiger Rückgang bei den Zugängen zur Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) zu verzeichnen war, stiegen die Fallzahlen bis 2016 wieder um ca. 9% an. Im Jahr 2016 erfolgten 18,1% der Neuzugänge bei den Versicherungsrenten auf Grund einer Erwerbsminderung (Deutsche Rentenversicherung 2018a). Ende 2017 betrug der EM-Rentenbestand gut 1,82 Millionen (Deutsche Rentenversicherung 2018b). Durch den demographischen Wandel, und dem damit einhergehenden prognostizierten Anstieg von gesundheitlichen Beeinträchtigungen der (alternden) Erwerbstätigen, wird auch in Zukunft mit einem weiteren Zuwachs an ErwerbsminderungsrentnerInnen (EM-RentnerInnen) gerechnet (BA 2017). Vor allem trägt die stufenweise Heraufsetzung der Regelaltersgrenze dazu bei, dass ältere ArbeitnehmerInnen potentiell ein höheres Risiko einer gesundheitsbedingten Erwerbsminderung aufweisen (Bäcker 2013a; Hagen/Himmelreicher 2014; Bethge 2017a). Darüber hinaus führt auch die Transformation des Arbeitsmarktes („Arbeit 4.0“, „Digitale Revolution“) dazu, dass sich die gesundheitlichen Belastungen von Erwerbsarbeit verändern und das EM-Rentengeschehen beeinflussen (Schütte/Köper 2013; BMAS 2017; Ohlbrecht 2018; Mecke 2018).

Mit diesen derzeitigen Entwicklungen des EM-Rentengeschehens sind eine Reihe von Herausforderungen für die Leistungsträger sowie die EM-Rentenforschung verbunden (Schwarze et al. 2014). Es stellen sich die Fragen, welche Anpassungen der Rehabilitationsmaßnahmen die veränderte Quantität und Qualität des EM-Rentengeschehens in Zukunft erforderlich machen; welche präventiven Maßnahmen notwendig werden, um sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse möglichst lange aufrecht zu erhalten (Dittmann 2018a; Neumann et al. 2018); welche systemischen Auswirkungen die prognostizierte Veränderung des EM-Rentengeschehens auf die sozialstaatlichen Institutionen haben werden (Ehrentraut/Moog 2014; Münstermann 2014); aber auch wie prekäre materielle Lebenslagen bei EM-Rentenbezug und möglicherweise daran anschließende Altersarmut vermieden werden können (Welti/Groskreutz 2013; Kemptner 2014; Martin 2017). Darüber hinaus werden zukünftig die Arbeitsmarktintegration von Personen mit (teilweiser) Erwerbsminderung und die Entwicklung von unterstützenden Angeboten für chronisch-erkrankte oder behinderte ArbeitnehmerInnen eine zunehmend wichtigere Rolle spielen, um ein vorzeitiges Ausscheiden von raren Fachkräften aus dem Erwerbsleben zu vermeiden (Zollmann/Schliehe 2002; Bartel 2018b).

Gemäß der gesellschaftlichen Relevanz von gesundheitlich bedingter Erwerbsminderung beschäftigen sich zahlreiche Disziplinen, wie Rehabilitations-, Verwaltungs- und Rechtswissenschaften sowie Soziologie, Psychologie und Ökonomie aus unterschiedlichen Blickwinkeln mit offenen Fragen und derzeitigen Entwicklungen im EM-Rentengeschehen. Eine Systematisierung und Integration der bisher erzielten Ergebnisse ist bis jetzt allerdings noch nicht erfolgt. Damit bleibt das Potential wissenschaftlicher Studien, zielgerichtet praxisrelevantes Wissen formulieren zu können, ebenso ungenutzt wie die Möglichkeit durch interdis-

ziplinäre Zusammenarbeit den Forschungsstand zum EM-Rentengeschehen problemzentriert voranzutreiben. Die vorliegende Arbeit hat das Ziel, zu einer *Systematisierung* der heterogenen Wissensbestände und unterschiedlichen Perspektiven des EM-Rentenforschungsstandes beizutragen. Dabei werden nicht nur Studien berücksichtigt, die sich explizit auf das Thema EM-Rente beziehen, vielmehr werden diese auch mit Arbeiten aus angrenzenden Wissensbeständen verknüpft. Deren Ergebnisse weisen für die EM-Rentenforschung zwar eine hohe Relevanz auf, werden von ihr bisher aber nur randständig beachtet. So können, neben der Aufarbeitung etablierter disziplinärer Perspektiven, Synergien (Querschnittsthemen) zwischen den einzelnen Forschungsständen aufgezeigt, Potentiale der interdisziplinären Zusammenarbeit identifiziert und Forschungslücken benannt werden – was ebenfalls Ziel der vorliegenden Arbeit ist.

Die Vermeidung eines frühzeitigen, gesundheitsbedingten Ausscheidens aus dem Erwerbsleben nimmt im Spiegel der derzeitigen demographischen Entwicklung eine immer größere wirtschaftliche, individuelle und sozialpolitische Rolle ein (Knoche/Sochert 2013; Schwarze et al. 2014). Daher wird ein besonderer Fokus auf den Forschungsstand zur *Arbeitsmarktintegration und zur Rückkehr ins Erwerbsleben* gesundheitlich eingeschränkter Personen gelegt. Dies schließt vor allem die Berücksichtigung von Arbeiten ein, welche sich mit Arbeitsmarktchancen, Erwerbs- und Lebensbedingungen sowie der rehabilitativen Versorgung von Versicherten mit *teilweiser EM-Rente* befassen (Kunze/Benöhr 2013; Knuth 2014). Diese Personengruppe wird in der bisherigen Forschung – trotz ihrer Relevanz für den Arbeitsmarkt und die Sozialversicherungen – wenig beachtet, weswegen eine systematische Aufarbeitung des Forschungsstandes notwendig ist.

Im Folgenden werden aktuelle Herausforderungen und Themenschwerpunkte der derzeitigen EM-Rentenforschung aufgeführt, welche bei der Aufarbeitung des Forschungsstandes besonders hervorzuheben sind, daran anschließend finden sich die Darstellung des methodischen Vorgehens der qualitativen Metastudie und der Aufbau des Forschungsberichtes.

1.1 Aktuelle Themenschwerpunkte und Entwicklungstendenzen

Das Vermeiden eines frühzeitigen, gesundheitsbedingten Ausscheidens aus dem Erwerbsleben nimmt im Spiegel der derzeitigen demographischen Entwicklung eine immer größere wirtschaftliche, individuelle und sozialpolitische Rolle ein (Schwarze et al. 2014). Das Thema „Erwerbsminderung(srente)“ gewinnt zunehmend an gesamtgesellschaftlicher Relevanz. Dies schlägt sich in der vermehrten Aufmerksamkeit politischer sowie sozialstaatlicher Akteure und einem gesteigerten wissenschaftlichen Interesse gegenüber dem Phänomen „Erwerbsminderung“ nieder. In den letzten Jahren ist daher sowohl eine qualitative als auch quantitative Ausweitung des Forschungsstandes zur EM-Rente zu beobachten, welche eine *Systematisierung und Integration*, der sich nur bedingt wechselseitig wahrnehmenden Arbeiten, notwendig macht.

Wie in allen Forschungsständen, bilden sich auch in der EM-Rentenforschung gewisse Konjunkturen und Themenschwerpunkte aus, die sowohl einen Rückschluss auf offene Fragen

im EM-Rentengeschehen zulassen als auch als Ausgangspunkt für eine Systematisierung des Forschungsstandes dienen können. Seit längerem können die Herausforderungen des demographischen Wandels für die sozialstaatliche Prävention und Absicherung von Erwerbsminderung als eine Konjunktur in der EM-Rentenforschung benannt werden (Mücken/Brussig 2013; Brussig/Ribbat 2014). In den letzten Jahren prägen die prognostizierten Entwicklungen des Arbeitsmarktes und die Sicherung der langfristigen Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme im demographischen Wandel die Debatte um die zukünftige Absicherung des Lebensrisikos „gesundheitsbedingte Erwerbsminderung“. „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“ (Hagen/Himmelreicher 2014: 117) Die Sorge um den Fachkräftemangel führt zu vermehrten Anstrengungen ein vorzeitiges Ausscheiden (vor allem älterer ArbeitnehmerInnen) aus dem Erwerbsleben zu vermeiden. Damit verbunden ist, dass besonders eine Thematik quer durch die verschiedenen disziplinären Perspektiven auf EM-Berentung hinweg zu finden ist: die *Arbeitsmarkt(re)integration* von gesundheitlich eingeschränkten, älteren ArbeitnehmerInnen. Die Notwendigkeit ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu vermeiden, ist zugleich volkswirtschaftliche Diagnose, politische Zielvorgabe sowie Agenda für die Leistungserbringer im sozialen Sicherungssystem. Um den Auswirkungen des demographischen Wandels sowohl für Unternehmen als auch aus volkswirtschaftlicher Sicht zu begegnen, werden in den letzten Jahren immer forciere Anstrengungen unternommen, durch frühzeitige Prävention bzw. zielgerichtete Rehabilitation Fachkräfte möglichst lange in Arbeit zu halten (siehe Zollmann/Schliehe 2002; Zschucke et al. 2017; Bartel 2018a). „Neben der Verbesserung des Gesundheitszustandes sind der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und die berufliche (Wieder-)Eingliederung zentrale Ziele der Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung.“ (Kaluscha et al. 2017a: 98) Diese Fokussierung auf Maßnahmen zur Arbeitsmarkt(re)integration hat nachhaltige Auswirkungen auf die Problemwahrnehmung und das Handeln zentraler sozialstaatlicher Leistungserbringer (siehe Deutsche Rentenversicherung 2018c) und beeinflusst folglich auch massiv die Konzeption von rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsprojekten und Fragestellungen. „Mittlerweile widmen sich interdisziplinäre Arbeitsgruppen aus Politik, Wissenschaft und Unternehmen verstärkt dem demographischen Wandel und dem damit einhergehenden Präventions- und Integrationsbedarf in der Arbeitswelt. Im Mittelpunkt stehen hierbei vorwiegend ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte.“ (Schwarze et al. 2014: 17) Daher kann die Arbeitsmarkt(re)integration von gesundheitlich eingeschränkten Personen, über den schon bekannten Grundsatz „Reha vor Rente“ hinaus, als ein derzeitiger und auch zukünftiger Themenschwerpunkt identifiziert werden – dementsprechend zentral ist seine Stellung bei der Aufarbeitung des Forschungsstandes der EM-Rentenforschung.

In diesem Kontext ist festzustellen, dass insbesondere die Teilhabe am Arbeitsleben von *Versicherten mit einem Restleistungsvermögen* von täglich drei bis sechs Stunden (teilweise EM-RentnerInnen) zunehmende Beachtung erfährt. Denn obwohl es das erklärte Ziel der Deutschen Rentenversicherung ist, (teilweise) EM-RentnerInnen wieder in den Arbeitsmarkt

zu integrieren, besteht bisher nur ein unzureichender Forschungsstand zu deren Rückkehrchancen. „Es existieren keine Statistiken, wie viele Personen nach einer befristeten EMR noch einmal ins Erwerbsleben zurückkehren.“ (Zschucke et al. 2017: 2) Es wird allerdings davon ausgegangen, dass die meisten EM-Renten dauerhaften Bestand haben und nur ein kleiner Bruchteil der EM-RentnerInnen den Wiedereinstieg in das Erwerbsleben bewältigt (siehe Kobelt et al 2009; Walden/Hesse 2014). Diese Schätzung irritiert vor allem, da der Krankheitsverlauf von EM-RentnerInnen keinesfalls zwangsläufig in einer Verschlimmerung der gesundheitlichen Beschwerden resultieren muss, sondern durchaus auch positive Verläufe, und damit verbunden eine wiedererlangte Erwerbsfähigkeit, denkbar ist. Ob bzw. warum nur wenigen EM-RentnerInnen ein Return to Work gelingt, ist nur unzureichend erforscht. Besonders die Rolle von sozialen Dimensionen, wie fehlender Rückkehrmotivation der EM-RentnerInnen oder Vorurteile von (potentiellen) Arbeitgebern bei der beruflichen Wiedereingliederung sind weitest gehend ungeklärt (siehe Barthel 2018b; Lippke et al. 2018). In letzter Zeit wird daher die Analyse hemmender und förderlicher (sozialer) Faktoren bei der Rückkehr ins Erwerbsleben von Versicherten mit Restleistungsvermögen als Forschungsdesiderat wahrgenommen (siehe Ohlbrecht et al. 2018). Sie sind Gegenstand von Forschungsprojekten und werden bei der Konzeption von Rehabilitationsmaßnahmen stärker berücksichtigt. Diese Entwicklung wird daher bei der Aufarbeitung des Forschungsstandes besonders beachtet.

Neben der aktuellen Bedeutsamkeit von Return to Work- und Stay at Work-Prozessen (siehe Ohlbrecht et al. 2018), gehören zu den häufig aufgegriffenen Themen auch die gegenwärtigen Veränderungen in den soziodemographischen Merkmalen der Versicherten und den Diagnosegruppen bei den EM-Rentenneuzugängen. Dabei spielen *psychische Erkrankungen* eine zentrale Rolle. 2015 waren Diagnosen aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen mit 49% einer der häufigsten Gründe für EM-Renten (Herget et al. 2017; siehe auch BPTK 2013; Jäckel 2014; Mushoff 2018). Darüber hinaus sind Personen mit psychischen Erkrankungen häufig jünger als solche mit „klassischen“ erwerbsmindernden Erkrankungen (zum Beispiel Erkrankungen des Skeletts/der Muskulatur oder Herz/Kreislaufkrankungen), schwerer zu rehabilitieren als somatisch Erkrankte und zudem bei der Arbeitsmarkt(re)integration besonderen Erschwernissen ausgesetzt (Krause et al. 2013; Schwarze et al. 2014; Mernyi et al. 2018; Schwarz 2018; Held 2018). Die Zunahme psychischer Erkrankungen führt unter anderem dazu, dass auch qualifizierte ArbeitnehmerInnen frühzeitig und langfristig aus dem Erwerbsleben ausscheiden (Hagen/Himmelreicher 2014), was vor dem Hintergrund des oben beschriebenen Fachkräftemangels der Thematik eine zusätzliche Brisanz verleiht. Daher ist die Ursachenforschung für die steigende Prävalenz psychischer Erkrankungen im EM-Rentengeschehen und die Entwicklung von spezifischen Rehabilitationskonzepten ein weiterer Schwerpunkt der aktuellen EM-Rentenforschung.

Während Analyse und Konzeption von Maßnahmen für die Arbeitsmarkt(re)integration von erwerbsgeminderten Personen hauptsächlich in den Gegenstandsbereich der Rehabilitationswissenschaften fällt, stellt die Auseinandersetzung mit der juristischen und materiellen Lage von EM-RentnerInnen einen Schwerpunkt rechtswissenschaftlich, ökonomisch und sozialpolitisch orientierter Arbeiten dar. Denn die Anhebung des Renteneintrittsalters als Re-

aktion auf den demographischen Wandel bedeutet für viele ArbeitnehmerInnen ein vorzeitiges, gesundheitsbedingtes Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt. Verbunden mit einer EM-Berentung sind in der Regel deutliche Einkommensverluste, unter anderem durch Abschläge auf die Altersrente (siehe Bäcker 2013; Bethge 2017). Der lange Zeit zu beobachtende „Sinkflug“ (Sternberger-Frey 2014: 115) des *EM-Rentenniveaus*, also das Sinken der durchschnittlichen EM-Bruttorentenbeträge, wirft zahlreiche Fragen nach der sozialen Gerechtigkeit sowie der zukünftigen sozialstaatlichen Absicherung von Erwerbsminderung auf und ist derzeit Gegenstand einer breit geführten Debatte hinsichtlich notwendiger Reformen und der Vermeidung von (Alters)Armut (Bäcker 2014; Martin 2017; Schäfer 2018). Die Ausbreitung von (Alters)Armut ist zwar ein lange bekannter, fast schon traditionalisierter Gegenstand sozialpolitischer Debatten, bisher wurden aber hauptsächlich die Altersrenten thematisiert und die EM-Renten auffallend ausgeklammert (Bäcker 2013a; Welti/Groskreutz 2013). Dieser Umstand ändert sich derzeit und führt zu einer kritischen Bewertung bisheriger Rentenreformen (Nürnberg 2009). In diesem Rahmen werden auch generelle Zielkonflikte und Spannungsverhältnisse des Sozialversicherungssystems diskutiert (Schnabel 2015). „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 erstrebenswert. Zugleich soll die befristete EMR denjenigen Versicherten Anreize zur Rückkehr ins Erwerbsleben bieten, deren Gesundheit sich im Verlauf stabilisiert oder verbessert.“ (Zschucke et al. 2017: 4) Dieser Forschungsstrang stellt inzwischen einen eigenständigen Themenschwerpunkt in der EM-Rentenforschung dar. Die intensive Beschäftigung mit sozialpolitischen und -rechtlichen Aspekten der EM-Rente wird daher ebenfalls bei der Aufarbeitung des Forschungsstandes hervorgehoben.

Mittlerweile ist es Konsens im Forschungsstand, dass – gerade in Bezug auf die Arbeitsmarkt(re)integration von erwerbsgeminderten Personen – neben den naturwissenschaftlich-medizinischen Dimensionen, immer auch *soziale Dimensionen*, wie Selbst- und Fremdwahrnehmungen der EM-RentnerInnen, Einstellungen von Arbeitgebern und KollegInnen oder Auswirkungen *sozialer Ungleichheiten* beim Zugang zu Rehabilitationsangeboten, beachtet werden müssen, um Return to Work-Prozesse komplexitätsangemessen zu analysieren. Ebenso setzt sich immer mehr die Ansicht durch, dass nur Rehabilitationskonzepte, welche die sozialen Dimensionen von Erkrankungen strukturell beachten, die Chancen erhöhen eine langfristige und nachhaltige Arbeitsmarktintegration von gesundheitlich beeinträchtigten ArbeitnehmerInnen zu ermöglichen (Schwarze et al. 2014; Deutsche Rentenversicherung 2014). Die Gesundheitssoziologie (und die Disability Studies) verstehen gesundheitsbedingte Erwerbsminderung und ihre sozialen Folgen als einen Teil der gesellschaftlichen Konstruktion von Gesundheit und Krankheit (Schramme 2003; Cloerkes 2007; Kastl 2010; Waldschmidt 2012; Kardorff 2012). Somit bieten sie eine komplementäre Perspektive zu der medizinisch-therapeutischen Auffassung von Krankheit, Gesundheit und dem EM-Rentengeschehen. Umso auffallender ist, dass sozialwissenschaftlich orientierte Arbeiten im Forschungsstand immer noch deutlich unterrepräsentiert sind. Gerade soziologische Arbei-

ten bieten seit längerem einen ausdifferenzierten theoretischen und empirischen Forschungsstand zu der Entstehung und den Folgen von Erkrankungen an, der sich zudem auch explizit mit den Wechselwirkungen von Erkrankungen und Erwerbsleben auseinandersetzt (Hurrelmann 2010; Hurrelmann/Richter 2016). Ebenso wird in letzter Zeit zunehmend die Einbindung der soziologischen Perspektive in Disease Management Programme der medizinischen Rehabilitation, Forschungsbeiträgen zu den Wechselwirkungen der Makro-, Meso- und Mikroebene des Rehabilitationssystems, der stärkeren Zusammenarbeit gemeinschaftlich organisierter Selbsthilfe und Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Einbindung der „subjektiven“ Perspektive der RehabilitandInnen diskutiert (Slesina 2008; Zschucke et al. 2017; Kardorff 2018a). Ein weiteres Anliegen dieser Arbeit ist es daher, Synergien und Potentiale von rehabilitationswissenschaftlichen, (sozial)rechtlichen und ökonomischen Arbeiten mit dem Forschungsstand der (Gesundheits)Soziologie und der sozialwissenschaftlichen Ungleichheitsforschung aufzuzeigen.

1.2 Aufbau und Zielsetzung der qualitativen Metastudie

Der Gegenstand „EM-Rente“ bzw. der EM-Rentenforschungsstand umfasst eine breite Palette an Themenschwerpunkten und interdisziplinären Interessen rund um die Bereiche Prävention von arbeitsbedingten Erkrankungen, Rehabilitations- und Integrationsansätze, reha-epidemiologische Perspektiven, (volks)wirtschaftliche Fragen, (versicherungs)rechtliche, sozialpolitische und ethische Debatten (zum Beispiel das Recht auf Teilhabe und soziale Gerechtigkeit) wie auch die sozialen Dimensionen von Erwerbsminderung (zum Beispiel die Lebenswelt und subjektive Wahrnehmung von EM-RentnerInnen). Dementsprechend breit ist auch die disziplinäre Herkunft der Akteure, die wissenschaftliche Beiträge liefern. Aus dieser Ausweitung der Perspektive folgt aber auch, dass eine große Anzahl von Akteuren von der EM-Rentenforschung untersucht und einbezogen werden müssen, um probate Lösungsstrategien für aktuelle Herausforderungen zu entwickeln. Diese sind beispielsweise Sozialversicherer, (medizinische und therapeutische) Rehabilitationsleistungserbringer, Integrationsämter, Arbeitgeber, Behindertenverbände, SozialarbeiterInnen, politische Entscheidungsträger sowie die Versicherten selbst und ihre Angehörigen (Schian et al. 2004; Schwarze et al. 2014).

Ein Problem dieser diversifizierten, interdisziplinären – aber daher oft auch unübersichtlichen – Beschäftigung mit dem EM-Rentengeschehen ist, dass sich die einzelnen Forschungsstränge untereinander nur begrenzt wahrnehmen und daher auch in ihren Studien oft in keinem wechselseitigen Bezug zueinander stehen. So wird das volle Potential *interdisziplinärer Zusammenarbeit* bisher noch nicht ausgeschöpft. Eine weitere, derzeitige Entwicklung des Forschungsstandes ist, dass sich in schon etablierteren Forschungssträngen, vor allem in den Rehabilitationswissenschaften, hochgradig spezialisierte Fachdiskurse um einzelne Aspekte der Erwerbsminderung ausdifferenzieren. Diese Forschungsstränge sind zwar sehr produktiv um Antworten auf einzelne, spezifische Fragestellungen zu liefern, sind dabei aber oftmals für VertreterInnen anderer Disziplinen wegen ihrer hohen Spezialisierung nicht mehr

anschlussfähig bzw. nachvollziehbar. So entstehen ExpertInnendiskurse, die teilweise voneinander entkoppelt sind – bisher fehlen Aufarbeitungen des Forschungsstandes, welche die heterogenen Wissensbestände der EM-Forschung sowohl für WissenschaftlerInnen aus unterschiedlichen Disziplinen als auch für Akteure aus der Praxis verfügbar machen. Für diese ausstehende Zusammenführung der einzelnen Forschungsstränge bietet die Systematisierung der Wissensbestände nach disziplinären Perspektiven einen Lösungsansatz, da so einerseits ein Überblick über die jeweiligen disziplinären Forschungsstände als Basis für einen interdisziplinären Austausch entsteht und andererseits die Ergebnisse stark spezialisierter Forschungsstränge zusammengefasst werden können, um sie für Außenstehende zugänglich zu machen.

Wie oben ausgeführt, ist es das Ziel der vorliegenden Arbeit, neben der Aufarbeitung des aktuellen Forschungsstandes von Studien mit konkretem Bezug zum EM-Rentengeschehen, auch Potentiale angrenzender Wissensbestände aufzuzeigen, um so die Erforschung des Phänomens „Erwerbsminderung“ voranzutreiben. Damit ist vor allem das umfängliche sozialwissenschaftliche Theorieangebot, vornehmlich der (Gesundheits)Soziologie, der Disability Studies und der Ungleichheitsforschung, gemeint, welches bisher nur wenig Anwendung in der EM-Rentenforschung findet. Der EM-Rentenforschungsstand ist stark durch deskriptive Studien geprägt, eine theoretische Konzeptualisierung findet bisher nicht statt. An dieser Stelle ergibt sich ein Synergieeffekt der empirisch geprägten EM-Rentenforschung mit dem sozialwissenschaftlichen Theorieangebot. Sozialwissenschaftliche Theoriebildung bietet das Potential die anwendungsorientierte, empirisch geprägte Forschungslandschaft theoretisch rückzubinden und so die aktuelle Entwicklung der Erwerbsminderungsrente in einen größeren gesellschaftlichen Kontext zu verorten, Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge herauszuarbeiten, die Ergebnisse einzelner empirischer Studien theoretisch zu verdichten und miteinander in Beziehung zu setzen. Da dieses Potential bisher nur selten genutzt wird, ist es ein weiteres Ziel der vorliegenden Studie diese Anknüpfungspunkte und Synergien aufzuzeigen.

Für das Vorhaben der Systematisierung des EM-Rentenforschungsstandes und des Aufzeigens von Integrationsmöglichkeiten der disziplinären Perspektiven bietet sich das strukturierte, aber gleichzeitig offen-explorative Vorgehen einer *qualitativen Metastudie* an. Die Aufarbeitung des Forschungsstandes erfolgt anhand von zwei Analyseschritten. Zuerst werden die einzelnen Wissensbestände entlang *disziplinärer Forschungsstränge* aufgearbeitet und dargestellt, diese sind:

- die praxisorientierte Rehabilitationswissenschaft und -forschung,
- sozialrechtliche, -politische und ökonomische Arbeiten und
- das sozialwissenschaftliche Theorieangebot zu Arbeitsmarktintegration und EM-Rente.

Anschließend werden während der Analyse der disziplinären Wissensbestände kontinuierlich *Querschnittsthemen* identifiziert, welche quer durch die disziplinären Forschungsstände verlaufen. So wird es möglich, die jeweiligen unterschiedlichen disziplinären Zugriffe auf Phänomene des EM-Rentengeschehens miteinander in Beziehung zu setzen. Auf diese Weise entsteht nicht nur eine systematische Übersicht über den Stand der Forschung, sondern es

können auch Potentiale interdisziplinärer Zusammenarbeit aufgezeigt und Kontroversen verschiedener disziplinärer Zugänge diskutiert werden. Die während der qualitativen Metaanalyse herausgearbeiteten Querschnittsthemen sind:

- die Identifikation von Erwerbsminderung bedrohter Risikogruppen,
- die sozioökonomische Situation von EM-RentnerInnen und Altersarmut in Folge von EM-Rentenbezug,
- eng mit dem vorherigen Punkt verbunden, aber dennoch als eigenständiger Forschungsstrang zu benennen, die Rolle sozialer Ungleichheit und Verteilungsgerechtigkeit im EM-Rentengeschehen,
- die Praxis der Berentung wegen verschlossenem Arbeitsmarkt (sogenannte „Arbeitsmarktrenten“) und damit zusammenhängende Hindernisse bei der Arbeitsmarkt(re)integration,
- die Benennung von Handlungsbedarfen und Vorschläge zu Reformmöglichkeiten,
- die gutachterliche Leistungsbeurteilung bei EM-Renanträgen und
- der internationale Vergleich des sozialstaatlichen Umgangs mit gesundheitsbedingter Erwerbsminderung.

Die Datenbasis der Metaanalyse stellt ein umfänglicher Datenkorpus aus wissenschaftlicher Literatur der EM-Rentenforschung in einschlägigen Fachpublikationen und angrenzender Forschungsgebiete dar. Die Auswahl der Literatur erfolgte anhand einer bewussten Fallauswahl (Akremi 2014). Deren Auswahlkriterien waren anfänglich ein konkreter Bezug zur EM-Rente mit dem Schwerpunkt auf die oben genannten, aktuellen Thematiken des EM-Rentengeschehens unter besonderer Berücksichtigung von Literaturen zur Arbeitsmarkt(re)integration von (teilweisen) EM-RentnerInnen. Während des Forschungsprozess wurden die Literaturen sukzessive den oben genannten Disziplinen bzw. Kategorien zugeordnet, gleichzeitig wurden induktiv die Kategorien der Querschnittsthemen erstellt. Dabei verlief das Sampling gemäß der Methodologie der Grounded Theory iterativ und zirkulär (Strauss 1998). Es wurde folglich auf Basis erster Analysen kontinuierlich weitere Literaturen erhoben und ausgewertet, bis eine theoretische Sättigung eintrat, also durch die Analyse weiterer Literaturen keine neuen Themenbereiche mehr auftraten sowie innerhalb der bearbeiteten Themenbereiche durch Aufnahme weiterer Literaturen in den Datenkorpus kein Erkenntnisgewinn mehr erzielt werden konnte. Das methodische Vorgehen bei der Auswertung orientierte sich an der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz 2014).

Bei einer rekonstruktiv vorgehenden Metaanalyse ist es durch den zeitlichen Abstand zwischen aktuellen Entwicklungen und sich darauf beziehender, zeitlich versetzter wissenschaftlicher Untersuchungen unvermeidlich, dass neu(st)e Entwicklungen des EM-Rentengeschehens bzw. Rentenreformen nicht abgebildet werden können (wie z.B. die finanzielle Besserstellungen von EM-RentnerInnen durch die Verlängerung der Zurechnungszeiten oder die Flexibilisierungen der Zuverdienstgrenzen). Auch die Zuordnung der ausgewerteten Studien zu den einzelnen Disziplinen bzw. Kategorien war nicht immer völlig trenn-

scharf möglich, da die Studien oft interdisziplinär konzipiert sind und daher deren disziplinäre Grenzen verschwimmen. In solchen Fällen wurden anhand inhaltlicher Kriterien bewusste Entscheidungen bei der Kategorisierung getroffen, die in der Darstellung kenntlich und nachvollziehbar gemacht werden. Ein weiterer Punkt, der bezüglich der Aussagekraft der Metaanalyse angemerkt werden muss, ist, dass die ausgewerteten Studien teils hinsichtlich der Güte ihrer empirischen Grundlage, analytischen Qualität und Evidenzstufe differieren. Auch dieser Umstand wird bei der Ergebnisdarstellung kenntlich gemacht.

Aufbau der qualitativen Metaanalyse

Nach der Ausführung *aktueller Herausforderungen und Entwicklungstendenzen* des EM-Rentenforschungsstandes und der *Zielsetzung der qualitativen Metastudie* im ersten Abschnitt, folgt die Analyse der disziplinären Perspektiven. Zuerst wird im zweiten Abschnitt der Forschungsstand der *praxisorientierten Rehabilitationswissenschaften und -forschung* dargestellt. Im dritten Abschnitt werden *sozialrechtliche, -politische* und ökonomische Arbeiten zur EM-Rente ausgeführt. Schließlich wird im vierten Abschnitt das Potential des *sozialwissenschaftlichen Theorieangebots* für die EM-Rentenforschung diskutiert, mit besonderer Beachtung der Arbeitsmarkt(re)integration von erwerbsgeminderten Personen. Im fünften Abschnitt werden die identifizierten *Querschnittsthemen* vorgestellt und in Bezug zu den jeweiligen disziplinären Forschungssträngen gesetzt. Schließlich stehen im sechsten Abschnitt eine *Zusammenfassung* und eine *Diskussion* um die zukünftig zu nutzenden Synergien der EM-Rentenforschung und deren Forschungsdesiderate.

2. Praxisorientierte Rehabilitationsforschung und -wissenschaft

Die angewandten Rehabilitationswissenschaften sind eine multidisziplinäre Wissenschaft, deren gemeinsamer Gegenstand die individuellen und sozialen Auswirkungen von (chronischen) Erkrankungen, Behinderungen und (zum Beispiel durch Unfälle oder altersbedingte Leiden) erworbenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind. Dabei ist das gemeinsame Ziel der praxisorientierten Rehabilitationswissenschaften die Ursachen und Folgen gesundheitsbedingter Funktionsstörungen in der *persönlichen, sozialen und beruflichen Lebenswelt* von ArbeitnehmerInnen durch gezielte Maßnahmen zu verhindern, zu bewältigen oder zu reduzieren (Koch/Buschmann-Steinhage 2004; Faßmann/Zapfel 2013). „Rehabilitation ist dabei ein Überbegriff für sehr unterschiedliche Strategien und Programme und umfasst ein Bündel an Maßnahmen, um Individuen, die Behinderungen erfahren oder wahrscheinlich erfahren werden, dabei zu unterstützen, in ihrer Umwelt die optimale Funktionsfähigkeit zu erreichen und zu erhalten“ (Bethge 2017a: 427; siehe auch Slesina 2008) Dabei beziehen sich die Rehabilitationswissenschaften als gemeinsame Grundlage auf das bio-psycho-soziale Modell zur Entstehung und den Folgen von gesundheitlichen Problemen (siehe auch Schwarze et al. 2014).

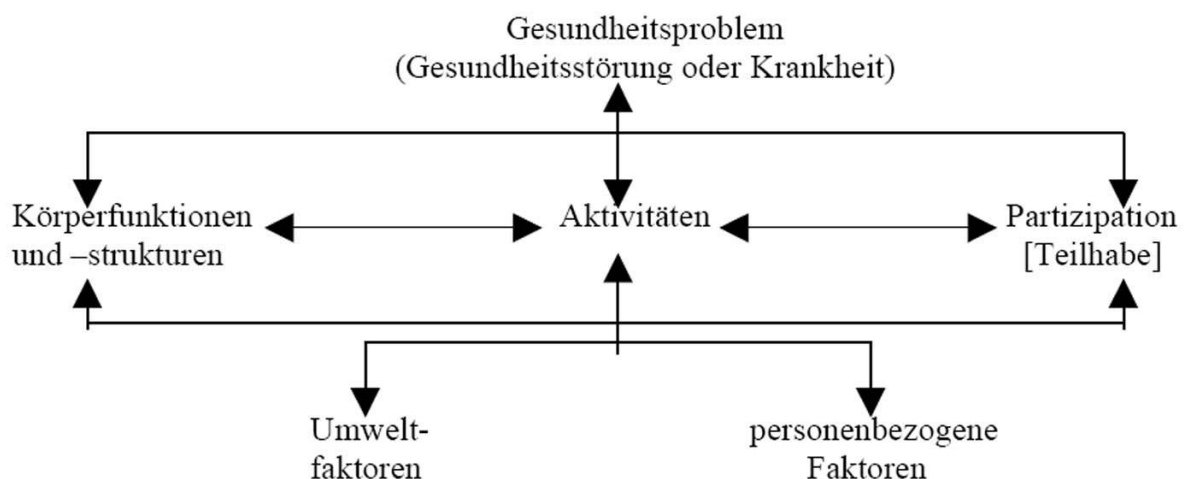


Abb. 1: Bio-psycho-soziales Modell (aus: Schwarze et al. 2014: 23).

Gesetzliche Grundlage für die Durchführung von rehabilitativen Maßnahmen ist das Grundgesetz, das eine Benachteiligung von behinderten Personen untersagt (GG, Art.3). Der Anspruch und die Art der rehabilitativen Leistungen, welche das soziale Sicherungssystem garantiert, sind in den Sozialgesetzbüchern (SGB III, V, VI, VII, VIII, IX, XII) geregelt. Dabei werden in § 5 SGB IX die Leistungsgruppen 1) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, 2) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, 3) Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen und 4) Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft unterschieden. Damit fallen die *Arbeitsmarkt(re)integration bzw. die Teilhabe am Arbeitsleben von Personen mit (zeitlich befristeter und/oder teilweiser) EM-Rente* ebenso wie die Verhinderung eines gesundheitsbedingten Ausscheidens aus dem Erwerbsleben in den genuinen Gegenstandsbereich der angewandten Rehabilitationswissenschaften und -forschung.

Im Kontext von EM-Renten umfasst der rehabilitationswissenschaftliche Forschungsstand eine diversifizierte Beschäftigung mit der Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit im Erwerbsleben und gesundheitlichen Risiken von ArbeitnehmerInnen, die zu Erwerbsminderung führen können (siehe Korsukéwitz/Rehfeld 2008). Demnach beschäftigen sich WissenschaftlerInnen aus der Rehabilitationsforschung mit der Entwicklung und Evaluation von Präventions- und Wiedereingliederungsmaßnahmen für erwerbsgeminderte oder davon bedrohte Personen. Wobei sie sich sowohl mittels quantitativer Erhebungen mit der Evidenz von Rehabilitationsmaßnahmen befassen als auch durch qualitative Forschungsdesigns mit der subjektiven Perspektive von EM-RentnerInnen auseinandersetzen (siehe Herget et al. 2016; Zschucke et al. 2017; Bökel et al. 2018). Gegenstand sind dabei auch die Qualitätssicherung von Gutachten bei EM-Renanträgen (siehe Strahl et al. 2016; Gehrke 2018 und Abschnitt 5.6) oder die Erforschung aktueller Themen, wie die ansteigende Zahl von EM-Renten auf Grund psychischer Erkrankungen (siehe Hagen/Himmelreicher 2014; Roski et al. 2017). Spezifisch für den Teilbereich der Rehabilitationsforschung, welcher sich mit der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen beschäftigt, ist, dass eine langandauernde und erwerbsmindernde, gesundheitliche Beeinträchtigung meist bereits eingetreten ist, wenn die betroffenen Versicherten in den Fokus der Rehabilitationsforschung geraten. Da zu diesem Zeitpunkt der Bezug einer EM-Rente bereits umfängliche Auswirkungen auf die psychosoziale Situation der Versicherten zeigt, gilt es diese aus rehabilitationswissenschaftlicher Sicht bei der Erforschung der Rückkehr ins Erwerbsleben gesondert zu betrachten. Die Bewältigung der, durch die schon erfolgte oder weit vorangeschrittene Ausgliederung aus dem allgemeinen Arbeitsmarkt eingetretenen, *psychosozialen Barrieren bei der Wiedereingliederung* in das Erwerbsleben gehen daher meist weit über die Leistungen der medizinischen Rehabilitation hinaus und stellen damit einen eigenständigen Forschungsbereich dar.

Im Kontext von EM-Renten sind demnach hauptsächlich Rehabilitationsmaßnahmen relevant, die sich explizit auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, also die Rückkehr in das Erwerbsleben, oder sich (beispielsweise bei akut drohender oder teilweiser Erwerbsminderung) die Vermeidung eines Arbeitsplatzverlustes zum Ziel setzen. Dies hat zur Folge, dass bei der Aufarbeitung des Forschungsstandes zur Arbeitsmarkt(re)integration Rehabilitationsmaßnahmen und -konzepte im Fokus stehen, die – neben der Beachtung von medizinisch-klinischen Bedürfnissen – verstärkt die psychosozialen Komponenten von Erwerbsarbeit in den Blick nehmen. Innerhalb der Rehabilitationsforschung ist die Beschäftigung mit der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen daher vor allem in den Bereichen der beruflichen Rehabilitationsforschung (und der medizinisch-beruflichen Rehabilitationsforschung sowie der sozialmedizinischen Forschung) zu verorten (Faßmann/Zapfel 2013: 12). Gemäß der Heterogenität der rehabilitativen Bedürfnisse und dem Paradigma des „multiprofessionellen Ansatzes“ müssen die verschiedenen Tätigkeitsfelder der Rehabilitationswissenschaft jedoch in ihrer Gesamtheit berücksichtigt werden. Dies ist notwendig, um den Forschungsstand probat aufzubereiten, alle relevanten Forschungsstränge zu identifizieren und miteinander in Verbindung setzen zu können (siehe Deutsche Rentenversicherung 2014; Bethge 2017a: 427). So formulieren Schwarze et al. (2014: 7-8) im Kontext von Konzepten zur Verhinderung von gesundheitsbedingter Verrentung: „Die Strategie geht dabei über das

Handlungsfeld der medizinischen Rehabilitation hinaus und umfasst die Bereiche Gesundheit im Betrieb, Prävention und Kuration, medizinische und berufliche Rehabilitation sowie Rückkehr aus EM-Rente.“

Der Forschungsstand der angewandten Rehabilitationsforschung zur EM-Rente ist daher, etwa im Vergleich zu der sozialrechtlichen und -politischen Perspektive auf die Thematik, sicherlich der ausdifferenzierteste und umfanglichste, aber auch der Unübersichtlichste. Es lässt sich beobachten, dass – trotz immer wieder zu findender Verweise in Studien bezüglich der Notwendigkeit einer „ganzheitlichen“ Perspektive auf das EM-Rentengeschehen – sich die einzelnen Forschungsstränge nur bedingt wechselseitig wahrnehmen oder miteinander in Bezug setzen. Einen ersten Schritt zur Systematisierung des Forschungsstandes zum Phänomen „Erwerbsminderungsrente“ innerhalb der Rehabilitationsforschung bildet daher die Unterteilung von Studien aus der *klinisch-medizinischen Rehabilitationsforschung*, die sich vor allem mit der Entwicklung des rehabilitativen Versorgungssystems befasst, und Studien der *sozialwissenschaftlich-pädagogischen Rehabilitationsforschung*, die sich mit psychologischen, soziologischen und ethischen Aspekten von Erkrankung und Behinderung im Kontext von Erwerbsarbeit auseinandersetzt (siehe Menzel-Begemann 2013). Im Weiteren ergaben sich bei der Gliederung des Forschungsstandes die Kategorien: *Prävention* von Erwerbsminderung (2.1), *medizinische Rehabilitationsforschung* (2.2) sowie *berufliche Rehabilitationsforschung* (2.3) und die *Evaluation* von Rehabilitationsmaßnahmen (2.4). Dabei sind diese Kategorien nicht immer trennscharf. Denn der Konsens im Forschungsstand, dass die Themen Arbeitsmarktintegration, Wiederaufnahme von Arbeit (Return to Work) und die Beseitigung von (Re-)Integrationsbarrieren in das Erwerbsleben die Entwicklung von komplexen Strategien aus medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen erfordern, schlägt sich auch in den Forschungsprojekten und Publikationen zur EM-Rente nieder. Im Folgenden wurde bei der Kategorisierung weniger streng auf eine formal korrekte (sub)disziplinäre Einordnung der Studien geachtet, als vielmehr das Ziel verfolgt, eine konsistente, thematische Gliederung auch unter Berücksichtigung latenter, nicht explizit gemachter Bezüge zwischen den verschiedenen Perspektiven zu erreichen.

2.1 Prävention von Erwerbsminderung

Auch wenn die Wiedereingliederung von EM-RentnerInnen prinzipiell als eine rehabilitative Maßnahme bei einer schon eingetretenen gesundheitlichen Beeinträchtigung einzuordnen ist, wäre es zu kurz gegriffen die Beschäftigung mit Prävention und Prävalenz von Erwerbsminderung nicht in die Aufarbeitung des rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsstandes miteinzubeziehen (siehe Reimann 2003). Im Selbstverständnis der Rehabilitationswissenschaften (und auch der Akteure des sozialen Sicherungssystems) sind präventive Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit von ArbeitnehmerInnen eine zentrale Strategie zur Vermeidung von Erwerbsminderung. Ebenso ist die Beschäftigung mit der Prävalenz von EM-Renten in einzelnen Branchen und Risikogruppen untrennbar mit der Entwicklung von Konzepten zur Arbeitsmarkt(re)integration verbunden. Die Ziele präventiver Ansätze sind zudem Teil einer generellen Strategie aller Akteure im Gesundheits- und sozialen Siche-

nungssystem, das frühzeitige, gesundheitsbedingte Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu vermeiden. „Eine Realisation dieser Ziele ist nicht nur aus gesellschaftlichen und ökonomischen Gründen (Beitragssicherung, Sicherung der Renten und Gewährleistung einer guten Arbeitsfähigkeit bis ins höhere Erwerbsalter) wünschenswert; vielmehr erscheint auch die Bedeutung der Erwerbsarbeit als zentrale Ressource zur Befriedigung sozialer Bedürfnisse sowie Existenz- und Alterssicherung für den Einzelnen wichtig.“ (Schwarze et al. 2014: 27) Da die Entstehung von Erwerbsunfähigkeit zumeist einen längeren Prozess darstellt, setzen Präventionskonzepte schon bei grundlegenden Aspekten und Strategien an, die im Berufsleben Einfluss auf den Gesundheitsstatus nehmen. Neben der medizinischen Therapie von erwerbsmindernden Erkrankungen, ist bei der Prävention daher auch die Förderung gesundheitsrelevanter sozialer Faktoren notwendig. Die Stärkung des Selbstwertgefühls im Arbeitsumfeld oder die Aufrechterhaltung leistungsstärkender sozialer Beziehungen, versetzen potentiell von Erwerbsunfähigkeit bedrohte ArbeitnehmerInnen in die Lage, selbst regulativ auf ihre erwerbsbezogene Gesundheit einwirken zu können (Schian et al. 2004: 9). Die rehabilitationswissenschaftlichen Arbeiten, die konkreten Bezug auf das Thema EM-Rente nehmen, lassen sich, neben Studien zur *Prävalenz* und allgemeinen *Prävention*, schwerpunktmäßig nach Studien im Rahmen des *betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)* und der *Identifizierung von Prädiktoren* für Erwerbsminderungsrisiken gliedern, welche daher als Unterkategorien gesondert aufgeführt werden. Im Folgenden werden die gesichteten Studien gemäß ihrer Kategorisierung dargestellt, beginnend mit Arbeiten zur Prävalenz und Prävention von gesundheitsbedingter Erwerbsminderung. Abschließend steht eine Zusammenfassung des rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsstandes.

Prävalenz und Prävention

Die Prävalenz von Erkrankungen, die bei *unterschiedlichen Berufsgruppen* zu EM-Renten führen, untersuchte Mika (2013). Dabei wird deutlich, dass die Hauptursachen für dauerhafte Erkrankungen berufs- bzw. belastungsspezifisch sind. Stressoren, die zu einer chronischen Erkrankung führen können, sind demnach physische (Fehl)Belastungen und der Umgang mit gefährlichen Substanzen, die sowohl bei manuellen Arbeiten als auch bei Dienstleistungen auftreten können. Stress durch schnelle Arbeitsabläufe, Termindruck und hohe Arbeitsanforderungen bei gleichzeitig geringer Gratifikation sind dagegen Risikofaktoren für psychische Erkrankungen, wie etwa Depressionen. Bereits bekannt ist, dass diesen Stressoren besonders Personen in statusniederen Berufen ausgesetzt sind, da sie stärker von Rationalisierungen, Arbeitsverdichtung und geringer Autonomie geprägt sind. Anhand einer Analyse prozessproduzierter Daten der gesetzlichen Rentenversicherung, untersuchte Mika nun das Risiko einer Berentung für Personen unter 59 Jahren. Es zeigt sich, dass Personen in einfachen kaufmännischen oder in Verwaltungsberufen oft erwerbsgemindert sind, dabei liegt kein großer Unterschied zwischen den Geschlechtern vor. Ab dem 40sten Lebensjahr steigt das Risiko einer Erwerbsminderung kontinuierlich an. Besonders Frauen in semiprofessionellen sozialen Berufen, wie der Pflege, sind im fortgeschrittenen Lebensalter besonders

stark von Frühberentungen betroffen. Mika stellt fest, dass die vormals besonders häufig betroffenen manuell arbeitenden Berufsgruppen, wie Bergarbeiter oder Landwirte, bei der Risikoanalyse nicht mehr auffällig sind. Dagegen sind nun einfache Dienstleistungsberufe stark von zu Erwerbsminderung führenden Erkrankungen betroffen. Um gezielte Präventionen für diese Berufsgruppen zu entwickeln, empfiehlt Mika die detaillierte Untersuchung der Diagnosen, die zur Verrentung geführt haben. Problematisch ist, dass in den typischerweise von weiblichen Personen ausgeführten, sozialen Berufen, die einem hohen Risiko von Frühberentung ausgesetzt sind, Indikatoren zur Erkennung eines Erwerbsminderungsrisikos nicht greifen, was präventive Maßnahmen erschwert.

Für eine bessere Früherkennung des Erwerbsminderungsrisikos zwecks Einleitung präventiver Maßnahmen können Daten der Sozialversicherer herangezogen werden. Auf diese Weise setzte sich Schröder (2016) mit den *Einflussfaktoren* auf EM-Renten in der stationären Krankenpflege auseinander und zeigt, dass gut qualifizierte Pflegende gegenüber PflegehelferInnen ein höheres Risiko einer Erwerbsunfähigkeit aufweisen. Dies erklärt sich durch den Konflikt zwischen den hohen Ansprüchen der Pflegenden an ihre Tätigkeit und der mangelnden Umsetzbarkeit dieser in den betrieblichen Rahmenbedingungen der Krankenhäuser. Insgesamt weisen Pflegeberufe durch die sowohl hohen physischen, als auch psychischen Arbeitsanforderungen ein erhöhtes Gesundheitsrisiko auf, welches sich auch in einer, im Vergleich mit der Gesamtbevölkerung, erhöhten Anzahl an Arbeitsunfähigkeitszeiten (Krankheitstagen) zeigt. Versicherte in Pflegeberufen nehmen, im Vergleich zu anderen Berufsgruppen, bereits früh Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch. Die Ursachen für diese Rehabilitationsmaßnahmen finden sich dabei vornehmlich in psychischen Erkrankungen sowie Muskel-Skeletterkrankungen.

Um langfristig die Beschäftigungsfähigkeit der Versicherten zu erhalten bietet die Rentenversicherung *berufsbegleitende Leistungen* zur Prävention an, welche als Vorsorgeleistungen zur Verhinderung von Erwerbsunfähigkeit zu zählen sind. Spyra (2018) widmete sich dieser Thematik in der Studie „Berufsbegleitende Prävention in kleinen und mittleren Unternehmen“ aus den besonders gesundheitsgefährdeten Arbeitsbereichen Kita, Gastronomie und Hotellerie (siehe auch Mika 2013; Habib 2014) in Berlin und Brandenburg. Berufsbegleitende Prävention ist in kleinen und mittelständischen Unternehmen besonders wichtig, da diese 61% aller sozialversicherungspflichtigen ArbeitnehmerInnen beschäftigen. Das untersuchte Präventionskonzept war modular aufgebaut, dauerte mehrere Monate und war vor allem für Versicherte mit beruflichen Belastungen und psychosozialen Risikofaktoren konzipiert. Es beinhaltete eine Initialphase (Anamnese, individuelle Erarbeitung von Präventionszielen), berufsbegleitendes Training in Gruppen und eine Eigenaktivitätsphase. Es wurden 49 Interviews mit Arbeitgebern, ArbeitnehmerInnen, Betriebsärzten, Rehakliniken sowie Experteninterviews mit Vertretern von Verbänden geführt. Die Ergebnisse zeigen, dass die jeweiligen Akteure verschiedene Barrieren für das Gelingen von Präventionsmaßnahmen angeben. Insgesamt werden fehlende Informationen der Deutschen Rentenversicherung und ein unklares Verständnis von Prävention bemängelt (von einem Informationsdefizit bzw. Kommunikationsproblem in kleinen Unternehmen zu BEM-Leistungen berichten auch Freigang-

Bauer/Gröben 2011: 3; Vater/Niehaus 2013). Darüber hinaus bestehen Ängste auf Seiten der ArbeitnehmerInnen im Rahmen der Prävention Stigmatisierung (oder Kündigungen) ausgesetzt zu sein. Kritisiert werden auch bürokratische Hürden bei der Beantragung von Präventionsmaßnahmen.

Dass besonders in den Zeiten des *Fachkräftemangels* präventive Maßnahmen sowohl im Interesse der Arbeitgeber, ArbeitnehmerInnen als auch der Sozialversicherungsträger sind, um chronisch kranke, von EM-Berentung bedrohte MitarbeiterInnen im Arbeitsleben zu halten, zeigen Stapel und Weisenburger (2018) am partizipativen Kooperationsmodell „Stärke durch Vernetzung“ in Rheinland-Pfalz (siehe auch Zschucke et al. 2017: 5). Im untersuchten Kooperationsmodell arbeitete ein Netzwerk aus Versicherten, Betrieben, Leistungsträgern (Rentenversicherung, Krankenversicherung) und Rehabilitationseinrichtungen gemeinsam daran, arbeitsweltbezogene und individuelle rehabilitative Maßnahmen bzw. erwerbsbezogene (Wieder-)Eingliederungen zu fördern. Bisherige Auswertungen der Ergebnisse weisen darauf hin, dass es die Kooperation der Akteure ermöglicht, durch rechtzeitiges, bedarfsgerechtes Einleiten von Rehabilitationsmaßnahmen chronisch kranke Versicherte besser zu versorgen.

Es bestehen auch Arbeiten, die sich der Präventionsforschung zuordnen lassen und damit auseinandersetzen, warum viele EM-RentnerInnen vor ihrer Berentung keine oder nur *unzureichende medizinische Rehabilitationsangebote* wahrgenommen haben. Gefragt wird nach den Gründen für diese Unterversorgung und wie ein besserer Zugang zu rehabilitativer Versorgung gewährleistet werden kann. Spanier und Bethge (2018) nennen als Grund dafür, dass die Hälfte der EM-RentenzugängerInnen keine medizinische Rehabilitation in Anspruch nimmt, ein Informationsdefizit über die bestehenden Möglichkeiten von Rehabilitationsmaßnahmen (siehe auch Zschucke et al. 2016). Bei dieser Gruppe fanden demnach keinerlei präventive Maßnahmen vor der EM-Berentung statt. Webbasierte Informationsangebote werden bisher anscheinend nicht genutzt. Als Verbesserungsansatz denkbar wäre eine vorbereitende oder begleitende, webbasierte Information nach dem Vorschlag einer medizinischen Rehabilitation durch Haus- oder Betriebsärzte.

Auch Hennemann et al. (2017) benennen zu *niedrige Inanspruchnahmen von Rehabilitationsleistungen als Risiko* für eine EM-Berentung. Dies gilt besonders für Risikoversicherte mit psychischen Belastungen. Die Autoren sehen niedrigschwellige internetbasierte Interventionen, sogenannte „occupational e-mental health“ (OEMH) als Möglichkeit die Versorgung zu verbessern. Voraussetzung für OEMH ist, dass bei der Implementierung eine ausreichende Nutzerakzeptanz und die Berücksichtigung individueller Barrieren und Ressourcen gegeben sind. Sie überprüften daher die gesundheitsbezogene Internetnutzung und die Inanspruchnahme des OEMH bei Risikoversicherten. Die Ergebnisse zeigen, dass die untersuchten Personen nur eine geringe Bereitschaft aufweisen OEMH im Rahmen beruflicher Belastung zu verwenden. Die Autoren benennen mangelnde Vorerfahrung, geringe Ergebniserwartung, eine niedrige Akzeptanz des sozialen Umfelds und organisatorische Schwierigkeiten bei der Nutzung im Alltag als Hindernisse des Informationsangebotes.

Hesse und Walden (2014) zählen zur präventiven Vermeidung von Erwerbsminderung auf Grund psychischer Erkrankungen *sowohl medizinische als auch berufliche Rehabilitationsmaßnahmen* auf. Dem gegenüber stellen sie eine immer noch geringe Zahl von RehabilitandInnen aus dieser Diagnosegruppe. Im Jahr 2012 nahmen 142.031 Versicherte mit psychischen Erkrankungen an psychosomatischen Reha-Leistungen und 44.600 an Entwöhnungsbehandlungen teil (nur 873 Betroffene nahmen spezielle Leistungen zur Rehabilitation psychischer Erkrankungen in Anspruch). Laut den Autoren ist das Ziel der Rehabilitationsmaßnahmen dabei nicht nur die akute Erkrankungsbehandlung, sondern die (langfristige) Prävention möglicher Beeinträchtigungen der Teilhabe am Erwerbsleben.

Auch Herget et al. (2016) beschäftigten sich mit der geringen Inanspruchnahme von *psychosomatischen Rehabilitationsleistungen* erwerbsminderungsberenteter Personen mit psychischen Problemen. Sie stellen heraus, dass das Risiko nicht an Rehabilitationsleistungen teilzunehmen, bei Versicherten mit schizophrenen Störungen und bei männlichen Versicherten erhöht ist, dagegen bei Versicherten mit höherem Beschäftigungsentgelt und niedrigem Lebensalter verringert ist. Außerdem wird auf ein Nord-Süd-Gefälle hinsichtlich der rehabilitativen Versorgung hingewiesen.

Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Als eine der zentralen präventiven Maßnahmen (oder Maßnahmenbündel), die das Risiko langandauernder Arbeitsunfähigkeit und einer EM-Rente senkt, wird im Forschungsstand immer wieder das *betriebliche Eingliederungsmanagement* (BEM) benannt (Niehaus et al. 2008). Dabei stellt das BEM ein typisches Beispiel dafür dar, dass bei der Aufarbeitung des Forschungsstandes zur Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen nicht nur reaktive Konzepte und Strategien, also solche die erst greifen, wenn schon eine gesundheitsbedingte Erwerbsminderung besteht, sondern gerade auch präventive Maßnahmen berücksichtigt werden müssen. Diese intervenieren schon bei beginnenden Beschwerden sowie sich abzeichnender Erwerbsminderungsbedrohung und fördern somit den Verbleib bzw. die Integration in den Arbeitsmarkt. Demnach sollte eine künstliche Trennung in Prävention und Rehabilitation bzw. von BEM und medizinisch-beruflicher Rehabilitation vermieden werden. „Für Deutschland sind es die medizinischen und beruflichen Rehabilitationsleistungen, Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) oder die stufenweise Wiedereingliederung, die zentrale Bausteine für die dauerhafte Rückkehr in das Erwerbsleben und nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit darstellen.“ (Bartel 2018b: 140)

Seit 2004 sind Arbeitgeber bei (länger als sechs Wochen andauernder) Erkrankung ihrer MitarbeiterInnen verpflichtet ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anzubieten. Dabei gilt der Absatz 2 §84 SGB IX für alle Beschäftigten und nicht wie zuvor lediglich für schwerbehinderte und gleichgestellte Personen. Nach §84 SGB IX ist der Arbeitgeber rechtlich verpflichtet *frühzeitig* auf gesundheitsbezogene Probleme zu reagieren. Damit stellt die Ausweitung des Präventionsansatzes, zur Vermeidung von Erwerbsminderung und gesund-

heitsbedingtem Arbeitsplatzverlust, auf sämtliche Beschäftigte eine Reaktion auf den Altersanstieg der berufstätigen Bevölkerung und dem damit assoziierten Anstieg von gesundheitlichen Beeinträchtigungen dar. Das Ziel des BEM ist die Arbeitsfähigkeit zu erhalten, Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, erneute Arbeitsplatzunfähigkeit vorzubeugen und den aktuellen Arbeitsplatz zu erhalten oder seinen Verlust zumindest zu verzögern (Habib 2014). Damit stellt BEM im Kontext der EM-Rente hauptsächlich eine präventive Maßnahme zur Arbeitsmarktintegration gesundheitlich beeinträchtigter ArbeitnehmerInnen bzw. Verhinderung von Erwerbsminderung dar, auch wenn die Maßnahme im weiteren Sinne auch durchaus rehabilitative Aspekte der Wiedereingliederung umfasst (Rehfeld 2006; Kohte 2010; Vater/Niehaus 2013; Mehrhoff 2013). Das BEM zielt zusätzlich explizit darauf ab, die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit älterer ArbeitnehmerInnen zu erhalten und so eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit zu erreichen. Damit richtet sich BEM also besonders an eine Gruppe von Versicherten, die häufig auf Grund von Erwerbsminderung berentet werden. BEM ist als Gesamtkonzept, neben der Sicherung der Lebensqualität und der Teilhabe am Arbeitsleben für Betroffene, auch eine Maßnahme, welche durch ein proaktives Gesundheitsmanagement die gesamtgesellschaftliche ArbeitnehmerInnengesundheit fördert und Kosten für die Sozialversicherer und Unternehmen vermeidet. Knoche und Sochert (2013) weisen darauf hin, dass das BEM, durch seinen Ansatz gesundheitlich beeinträchtigte ArbeitnehmerInnen möglichst lange (optimalerweise bis zur Erreichung der Regelaltersgrenze) in Beschäftigung zu halten, einen Beitrag zur *langfristigen Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme* leistet und daher auch im Rahmen der politischen Reaktionen auf die Herausforderungen des demographischen Wandels zu verorten ist.

Das BEM besteht aus sieben Schritten: 1) Feststellung der länger als sechswöchigen Arbeitsunfähigkeit, 2) Kontaktaufnahme mit den betroffenen ArbeitnehmerInnen 3) Führen eines Erstgesprächs, 4) Fallbesprechung, 5) Spezifikation der BEM-Maßnahmen, 6) Durchführung der Maßnahmen mit abschließender 7) Wirksamkeitsprüfung, Evaluation und Dokumentation (Knoche und Sochert (2013: 9-10). Dabei werden die Maßnahmen möglichst individuell angepasst und können unterschiedlich umfänglich sein. Das Spektrum reicht von der einfachen Umgestaltung eines Arbeitsplatzes bis zur Kombination von BEM mit Leistungen zur Rehabilitation bzw. Teilhabe am Arbeitsleben. Dabei richtet sich das BEM nicht nur an betriebliche Akteure, welche im Prozess hauptverantwortlich sind, sondern der Gesetzgeber verpflichtet auch überbetriebliche Akteure zur Mitwirkung an Information und Beratung sowie zur Unterstützung und Finanzierung der Maßnahmen. Die beteiligten Akteure setzen sich aus den Integrationsämtern, gesetzlichen Krankenversicherungen, gesetzlichen Unfallversicherungen, gesetzlichen Rentenversicherungen und den Servicestellen für Rehabilitationen zusammen (Knoche/Sochert 2013).

Dementsprechend bestehen zahlreiche Studien, welche sich mit dem BEM im Kontext der EM-Rente auseinandersetzen. Beispielsweise bezeichnen Gödecker-Geenen et al. (2013) das BEM als ein *wichtiges Instrument* der gesetzlichen Rentenversicherung der Gefährdung oder Minderung von Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken und/oder diese zu verhindern. Durch BEM können Ursachen von Arbeitsunfähigkeitszeiten verringert oder ver-

mieden werden, gleichzeitig können Rehabilitationsbedarfe zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit frühzeitig erkannt und entsprechende Rehabilitationsmaßnahmen eingeleitet werden. Besonders die Kooperation verschiedener Leistungsträger in das Wiedereingliederungsverfahren trägt zur Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit und der Teilhabe am Erwerbsleben der Versicherten bei. Die Autoren betonen dabei einen Paradigmenwechsel im SGB IX („Prävention vor Rehabilitation“) und sehen die Sicherung von Teilhabe am Erwerbsleben nicht erst bei der Wiedereingliederung langzeiterkrankter ArbeitnehmerInnen. Bereits die Vermeidung von gesundheitlich bedingter Beschäftigungsunfähigkeit ist primäres Ziel im Kontext betrieblicher Gesundheit. Die Beratung und Unterstützung von BEM-Maßnahmen wird als eigenständiges Handlungsfeld und zukünftige Kernaufgabe der Leistungsträger verstanden.

Vater und Niehaus (2013) führten eine Studie zum Forschungsstand des BEM durch und gingen hierbei der Frage nach, ob die BEM-Maßnahmen die von der Politik *erwarteten Effekte* hinsichtlich der Arbeitsmarktintegration von gesundheitlich beeinträchtigten ArbeitnehmerInnen zeigen (siehe auch Niehaus et al. 2008). Dafür befragten sie bundesweit 630 Akteure aus dem Bereich der Schwerbehindertenvertretung, der Betriebs- und Personalräte, der Personalabteilungen, des Werkärztlichen Dienstes, der Geschäftsführungen, der Beauftragten des Arbeitgebers, der Disability Manager und die Betroffenen selbst. Zusätzlich fanden eine Dokumentenanalyse und Experteninterviews aus Betrieben und einem BMAS-Projekt statt. Dabei kommen sie zu dem Schluss, dass die BEM-Maßnahmen noch nicht flächendeckend bekannt sind, besonders in kleineren Unternehmen ließ sich kein Zuwachs an BEM-Maßnahmen feststellen. Beim Erhalt des Arbeitsplatzes erweist sich die Einbeziehung der Werks- und Betriebsärzte als hilfreich (siehe auch Dillbahner 2015). Die Autoren konstatieren, dass besonders in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) oft nur eine lückenhafte Betreuung der Betroffenen erfolgt. Förderlich für positive Effekte des BEM ist es, wenn ein kooperativer Führungsstil und eine Identifikation der Führungskräfte mit dem Thema Gesundheit vorliegen. Externe Hilfen und Kooperationen werden als entscheidend für eine erfolgreiche Wiedereingliederung angesehen (siehe auch Lippold/Wögerer 2015). Forschungsbedarf besteht hinsichtlich der Kooperationsbereitschaft der Betroffenen und der Rolle der Führungskräfte bei der Erhaltung der Mitarbeitergesundheit. Die Autoren empfehlen eine Vernetzung von kleinen und mittelständischen Unternehmen mit betriebsärztlichen Angeboten sowie ein größeres finanzielles und beratendes Engagement des Gesetzgebers und der Sozialversicherungsträger bei BEM-Maßnahmen (siehe auch Heuer et al. 2012).

Auch Seel (2013) weist aus *Perspektive der Integrationsämter* auf den zentralen Stellenwert der Kooperation und Koordination der am BEM beteiligten Akteure hin. Sie fasst die Rollenklarheit bei dem kooperativen Vorgehen von BEM als Erfolgsvoraussetzung auf. Ferner benötigt das Dialog- und Konsensprinzip des BEM eine vertrauensvolle Atmosphäre und Flexibilität um auf situativ-individuelle Bedarfe reagieren zu können. Auch sind Fachkenntnisse des BEM-Teams oder des BEM-Ansprechpartners im Betrieb zu arbeitsrechtlichen Fragen, Datenschutzbelangen und sozialrechtlichen Möglichkeiten (wie Rehabilitationsmaßnahmen, Zuständigkeit der Rehabilitationsträger oder EM-Renten) angebracht. Da es kein generelles,

fertiges BEM-Konzept gibt, das auf alle Betriebe anwendbar ist, sieht die Autorin die größte Herausforderung darin, die Maßnahmen an den spezifischen Bedürfnissen der MitarbeiterInnen und den betrieblichen Rahmenbedingungen in den Unternehmen orientiert auszugestalten.

Im Forschungsstand zu finden, ist auch die Analyse der *Perspektive der RehabilitandInnen* bei Fragen der Sicherung ihrer Beschäftigungsfähigkeit durch BEM-Maßnahmen. Beispielsweise bezogen Detka und Ohlbrecht (2018) mittels 40 qualitativer Interviews von ArbeitnehmerInnen, 20 Experteninterviews mit betrieblichen und überbetrieblichen Akteuren, und 50 Falldokumentationen im Forschungsprojekt „Präventive Gesundheitsstrategien – Aus BEM lernen“ die RehabilitandInnenperspektive mit in die Untersuchung von BEM-Prozessen ein. Im Fokus standen Auswirkungen von beruflich-biographischen Brüchen, Qualifizierungsmaßnahmen und Probleme der Work-Life-Balance der ArbeitnehmerInnen in KMUs. Die Ergebnisse zeigen, dass eine zu strikte Befolgung der Verfahrensvorschriften der BEM-Maßnahmen eher hinderlich als förderlich ist. Die AutorInnen legen nahe, gesetzliche Verfahrensvorschriften situationsangemessen und individuell anzupassen um praxistaugliche Beratungsangebote zu entwickeln.

Nebe (2013) weißt, vor dem Hintergrund der steigenden Zugänge in den EM-Renten von psychisch erkrankten Personen, auf die immer noch bestehenden *Schwierigkeiten der Arbeitgeber* bei der Umsetzung ihrer Pflichten beim BEM hin. Dabei benötigen besonders Personen mit psychischen Erkrankungen zielführende und personenzentrierte Teilhabeleistungen um eine drohende Erwerbsminderung zu vermeiden. Der Autor plädiert für bedarfsgerechtere Zugangsvoraussetzungen zum BEM für psychisch erkrankte ArbeitnehmerInnen, sowie das KollegInnen und Vorgesetzten der Betroffenen durch betrieblich organisierte Informationen für die besondere Situation psychisch Erkrankter sensibilisiert werden sollten. Im betrieblichen Umfeld sind beim Umgang mit erkrankten MitarbeiterInnen negative Faktoren, wie Überforderung, Stigmatisierung durch KollegInnen, Diskrepanz zwischen Leistungsanforderung und -vermögen zu vermeiden, welche „die Weichen in Richtung Erwerbsminderung“ (Schian et al. 2004: 9) stellen können.

Prädiktoren für Erwerbsminderung

Viele EM-RentnerInnen nehmen vor ihrer Berentung keine Rehabilitationsleistungen in Anspruch, somit ist bei diesen auch keine Prävention der EM-Berentung möglich. Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich ein Forschungsstrang der Rehabilitationsforschung mit der Identifizierung von Prädiktoren bzw. der frühzeitigen Risikoerkennung bei Versicherten, die von Erwerbsminderung bedroht sind. So soll es möglich werden, durch eine *gezielte Ansprache und Beratung* schon frühzeitig zu Erwerbsminderung führenden Krankheitsverläufen entgegenzuwirken.

Mit diesem Ziel führten Bethge et al. (2011) eine Studie durch, in der Variablen, welche die Prognose einer möglichen EM-Berentung zulassen, aus Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung zu einem *Risikoindex* zusammengefasst wurden. So soll es perspektivisch möglich werden auf Versicherte, die von Erwerbsminderung bedroht sind, initiativ zuzugehen. Die Datengrundlage waren von der Rentenversicherung dokumentierte EM-Rentenzugänge zwischen 2004 und 2008, die einer Kontrollgruppe aus Versicherten ohne rehabilitationsrelevante Ereignisse seit 2001 gegenübergestellt wurden. Die abhängige Variable des Regressionsmodells bildete der EM-Rentenzugang, unabhängige Variablen waren das Versicherungsalter, der Bildungsstand, das versicherungspflichtige Entgelt und Leistungsbezüge wie Arbeitslosengeld I und II. Die Ergebnisse wurden für 8.500 männliche Versicherte ausgewertet. Es konnte eine Einkommenslücke zwischen aktiv Versicherten und EM-RentnerInnen von circa 34.000 Euro des versicherungspflichtigen Entgelts zwischen 2001 und 2003 ermittelt werden. Versicherte, die später eine EM-Rente bezogen, wiesen häufigere Arbeitslosengeld- (I und II) und andere Leistungsbezüge auf. Die Autoren konstatieren ihrem logistischen Regressionsmodell eine gute Anpassung und schließen daraus, dass die Rentenversicherungsträger über Daten verfügen, die ein gezieltes Angebot medizinischer Rehabilitationsleistungen bei Risikoversicherten ermöglicht. Vorgeschlagen wird etwa ein gestuftes Modell, in dem zuerst ein Screening von Prozessdaten eine Hochrisikogruppe identifiziert, anschließend das Screening von der Rentenversicherung weiter präzisiert wird, um darauffolgend gegebenenfalls Beratungsleistungen anzubieten.

Mit einer ähnlichen Zielsetzung untersuchten Spanier et al. (2017), ob durch einen „Risikoindex EM-Rente“ (RI-EMR) Personen, die ein hohes Risiko aufweisen erwerbsunfähig zu werden, mittels administrativer Daten der Rentenversicherung frühzeitig erkannt und ihnen gegebenenfalls *rechtzeitig Zugang zu Teilhabeleistungen* ermöglicht werden könnte. Im Ergebnis sind hohe Werte auf dem Index mit einer zu erwartenden, eingeschränkten erwerbsbezogenen Teilhabe und mit der Beantragung von EM-Rente assoziiert.

Auch Bethge et al. (2013) beschäftigten sich mit der Fähigkeit des Work Ability Indexes anhand der *Selbstauskünfte* von EmpfängerInnen von Krankengeld, Rehabilitationsmaßnahmen und EM-Renten krankheitsbedingte Fehlzeiten und Arbeitsmarktintegration vorherzusagen. Auf Basis des Work Ability Indexes des Jahres 2013 von 2.149 ArbeitnehmerInnen zwischen 40 und 54 Jahren, die 2012 Krankengeld erhielten, finden sie heraus, dass niedrige Werte auf dem Index das Risiko eine EM-Rente zu beziehen erhöht und mit längerer Krankheitsdauer und geringem Einkommen assoziiert sind. Bethge et al. (2018) untersuchten ein Work Ability Monitoring zur Vermeidung eines vorzeitigen Erwerbsausstiegs. Ein auf diese Weise erzieltes, frühzeitiges Erkennen eingeschränkter Arbeitsfähigkeit kann den Zugang zu rehabilitativen Leistungen ermöglichen. So könnte dem Leitsatz „Reha vor Rente“ entsprochen werden. Ein möglicher Indikator des Work Ability Index für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben in den nächsten vier Jahren sind niedrige Werte bei Personen ab 45 Jahren. Die Autoren halten ein reguläres Screening vor dem 45ten Lebensjahr nicht für sinnvoll und empfehlen eine multiprofessionelle Abklärung von Befunden nach dem 45ten Lebensjahr.

Prädiktoren *subjektiver Rehabilitationsbedürftigkeit* bei Personen mit erhöhtem Risiko einer vorzeitigen EM-Rente untersuchten Richter et al. (2018). Da eine rehabilitative Unterversorgung der Grund für Erwerbsunfähigkeit darstellen könnte, kann die Untersuchung der Absicht eine Rehabilitation zu beantragen einen wichtigen Beitrag zu der Art und Weise von Reha-Zugängen darstellen. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen zeigt sich, dass eine subjektiv eingeschränkte Arbeitsfähigkeit ein starker Prädiktor für die empfundene Rehabilitationsbedürftigkeit ist.

Markus et al. (2018) beschäftigten sich mit dem Einsatz eines *Screening-Instruments* zur Erkennung des Bedarfs an medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation (MBOR) bei der Antragsstellung von rehabilitativen Maßnahmen. Hintergrund ist, dass RehabilitandInnen von arbeitsplatzbezogenen Aspekten ihrer Erkrankung berichten und demnach besonders von MBOR profitieren. Daher sollten sie möglichst zeitnah Zugang zu diesen Leistungen erhalten. Die Ergebnisse, auf Basis einer postalischen Befragung von Versicherten im Vorfeld ihrer orthopädischen Rehabilitation, ergeben, dass ein Screening im Antragsverfahren sinnvoll ist, um möglichst große Teilhabeeffekte zu erreichen.

Radoschewski et al. (2012) untersuchten *Angaben zur Leistungsfähigkeit* als Prädiktor für EM-Renten. Datengrundlage waren die Informationen zur Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben aus den Entlassungsberichten der medizinischen Rehabilitation. Miteinbezogen in diese Entlassungsberichte sind der berufliche Kontext des bisherigen Arbeitsplatzes und die Lage auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Die Annahme war, dass geminderte Leistungsfähigkeit in den Berichten ein Indikator für eine reduzierte Erwerbsfähigkeit und damit auch ein erhöhtes Risiko für eine EM-Berentung darstellt. Die Datenbasis für die Untersuchung waren Auszüge aus der Längsschnitt-RSD 2009 der Deutschen Rentenversicherung zu orthopädischen und psychosomatischen Einrichtungen. Die Erhebung wurde auf Betroffene zwischen 20 und 59 Jahre sowie 91 orthopädische und 47 psychosomatische Kliniken (Auswahlkriterium Fallzahl größer/gleich 1.500) eingegrenzt. Die Ergebnisse zeigen, dass der Anteil der Personen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit (weniger als sechs Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt) in den orthopädischen Kliniken im Durchschnitt von drei Analysejahren bei 2,6% (Minimum 0%, Maximum 29%) und bei psychosomatischen Kliniken bei 10,4% (Minimum 2%, Maximum 73%) liegt. Drei Jahre nach Beginn der Rehabilitation wurden 6,7 % der orthopädischen und 14,1 % der psychosomatisch behandelten Versicherten eine EM-Rente gewährt, womit die EM-Berentungen deutlich über denen der nicht-leistungsreduzierten Patienten liegen. Der positive Vorhersagewert gibt Auskunft über den Anteil der Personen mit Leistungsminderung, die eine EM-Rente erhielten. Dieser ist in der Orthopädie bei 20,3% (min 0%, max. 76%) und der Psychosomatik 30,1% (min 0%, max. 73%). Die Autoren weisen auf klinikspezifische Entscheidungsmuster bei der Leistungsbewertung hin.

2.2 Medizinische Rehabilitationsforschung

Die *medizinische Rehabilitationsforschung* untersucht medizinische (Rehabilitations)Maßnahmen mit dem Ziel, eine drohende gesundheitsbedingte Erwerbsminderung abzuwenden oder hinauszuzögern. Im Kontext der Arbeitsmarktintegration von EM-RentnerInnen sind diese daher prinzipiell im Vorfeld der Gewährung einer Rente einzuordnen. Im Forschungsstand ist die verbreitete Einschätzung zu finden, dass für die Zielstellung der nachhaltigen Arbeitsmarkt(re)integration von erwerbsgeminderten oder von Erwerbsminderung bedrohten Versicherten allerdings nicht nur erst nach der Berentung einsetzende Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation bzw. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu berücksichtigen sind. Vielmehr nehmen auch medizinische Rehabilitationsmaßnahmen vermehrt *berufliche Aspekte* in ihre Behandlungskonzepte auf. Weshalb sich auch im eigentlich medizinisch-klinisch dominierten Forschungsstand der medizinischen Rehabilitationsforschung deutliche Bezüge zur Arbeitsmarkt(re)integration und sozialen Dimensionen von Erwerbsminderung finden lassen. Gerade diese Ansätze sind daher bei der Aufarbeitung des Forschungsstands zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben von EM-RentnerInnen relevant und werden mit in die Aufarbeitung des Forschungsstandes einbezogen.

Trotzdem ist klar festzuhalten, dass medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in spezialisierten Reha-Einrichtungen ihren Fokus vor allem auf die Behandlung der *medizinischen Aspekte* von funktionellen Defiziten richten. Die Wiederherstellung der Berufsfähigkeit wird vor allem durch „restituierende und kompensatorische Maßnahmen“ (Menzel-Begemann 2013: 508) angestrebt. Dabei wird allerdings durchaus auch auf spezifische, berufliche Anforderungen Bezug genommen (siehe auch Schwarze et al. 2014). Bei besonders schwer erkrankten RehabilitandInnen werden, neben der Behandlung medizinisch-funktioneller Störungen, auch Fragen bezüglich der Notwendigkeit einer beruflichen Neuorientierung, berufsvorbereitender Bildung oder einer möglichen Beschäftigung in Arbeitseinrichtungen für Menschen mit Behinderung thematisiert. Im Kontext des Forschungsstandes zur EM-Rente lässt sich der Forschungsstand zur medizinischen Rehabilitation nach den Schwerpunkten der *medizinisch-beruflichen Rehabilitation (MBOR)* und der *stufenweisen Wiedereingliederung* gliedern. Neben diesen Schwerpunktthemen sind auch Arbeiten der medizinischen Rehabilitationsforschung relevant, welche sich damit beschäftigen, inwieweit sich die Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme auf eine spätere EM-Rente auswirkt und welche Faktoren zur Nicht-Inanspruchnahme oder Unterversorgung von durch Erwerbsminderung bedrohte Versicherte führen.

Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf den zunehmenden psychischen Erkrankungen. Obwohl psychische Erkrankungen eine der häufigsten Gründe für EM-Renten sind, nehmen nur etwa 50% der Betroffenen vor der EM-Rente an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teil. Daher untersuchten Herget et al. (2017) *individuelle und organisatorische Einflussfaktoren*, welche ursächlich für diesen geringen Zugang zu psychosomatischer Rehabilitation sind und so das Risiko einer EM-Berentung erhöhen. Dieser Frage gingen die Autoren mittels Telefoninterviews mit 27 Betroffenen und 20 leitfadengestützten Expertenin-

interviews mit Akteuren aus dem Rehabilitationsbereich nach. Die Ergebnisse zeigen, dass die Betroffenen den Zugang zu psychosozialen Beratungsangeboten, ärztlicher und psychotherapeutischer Betreuung vor Rehabilitationsmaßnahmen und Berentung sowie die Bewältigung der Antragstellung als entscheidend für die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen benennen. Besonders die Fragestellungen im Antragsverfahren werden als Zugangsbarriere benannt (75% der Befragten). Die Bewilligungsmethodik erscheint der Mehrzahl als nicht nachvollziehbar und wird als Erschwernis angegeben. Dagegen äußern die ExpertInnen der Deutschen Rentenversicherung, dass die Antragstellung an sich einfach sei und, dass die Bearbeitung der Anträge aufgrund zu geringer Informationen der Versicherten zu ihrer Krankheitsgeschichte problematisch wäre. HausärztInnen, PsychiaterInnen und Jobcenterangestellte bemängeln die fehlende Vernetzung zwischen Akteuren des Sozial- und Gesundheitswesens. Die Autoren stellen die großen Diskrepanzen in der Wahrnehmung der Versorgungsrealitäten zwischen Versicherten und ExpertInnen heraus und sehen eindeutigen Handlungsbedarf in Bezug auf Beantragungs-, Begutachtungs- und Bewilligungsprozess von Rehabilitationen und EM-Renten bei psychischen Erkrankungen.

Das derzeit laufende Projekt „Rehabilitation bei Personen mit zeitlich befristeter EM-Rente (REBER)“ nimmt die bisher noch unzureichende *Ursachenforschung für die geringe Inanspruchnahme* von Rehabilitationsleistungen von Versicherten während ihrer befristeten EM-Berentung und die offene Frage nach der Häufigkeit einer Rückkehr in das Erwerbsleben in den Blick (Briest 2018b). In dem Projekt soll zum einen geklärt werden, welche Faktoren sich während einer befristeten EM-Rente auf die Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsleistungen auswirken. Zum anderen wird untersucht, welche Faktoren eine Rückkehr in das Erwerbsleben bzw. die Wiederherstellung von Erwerbsfähigkeit fördern. Datenbasis für dieses Vorhaben ist eine Kombination aus Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung und schriftlichen Befragungen von zeitlich befristeten EM-RentnerInnen. Die Ergebnisse des Projektes sollen Möglichkeiten aufzeigen, welche die medizinisch-rehabilitative Versorgung von befristeten EM-RentnerInnen und ihre Rückkehrchancen ins Erwerbsleben verbessern.

Weyermann und Neukirch (2016) untersuchten, vor dem Hintergrund, dass nur circa die Hälfte der EM-RentnerInnen fünf Jahre vor ihrer Berentung rehabilitative Leistungen in Anspruch nehmen, die Nicht-Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationen im Zeitraum zwischen 2003 und 2013 bei EM-RentnerInnen, deren Berentungsgrund *unspezifische Rückenschmerzen* waren. Herausgearbeitet werden sollten potentielle Determinanten für die Nicht-Inanspruchnahme. Dafür fand eine Analyse anhand einer 20%tigen Stichprobe der jeweiligen Datenjahre der Scientific Use Files des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung „Erwerbsminderung und Diagnosen der Rentenversicherung“ statt. Die Autoren analysierten mittels logistischer Regression das Risiko der Nicht-Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation in Abhängigkeit zu soziodemographischen Merkmalen der EM-RentnerInnen. Von 12.525 in die Analyse einbezogenen Betroffenen nahmen 42,7% in den letzten fünf Jahren vor ihrer Berentung keine medizinische Rehabilitation in Anspruch (Minimum 38,7% im Jahr 2006, Maximum 47% im Jahr 2005). Das Risiko einer Nicht-Inanspruchnahme war für unverheiratete/verwitwete Personen, für solche ohne deutsche

Staatsangehörigkeit, sowie bei Personen ohne Angabe ihres Qualifikationsniveaus und mit niedrigem Jahresverdienst erhöht. Insgesamt erhalten langzeitarbeitslose Personen im Vergleich zu den übrigen Versicherten weniger medizinische Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherung (siehe auch Brussig 2012).

Schmidt und Bernet (2016) untersuchten den Einfluss *psychischer Komorbiditäten* auf eine EM-Berentung nach medizinischen Rehabilitationen bei Versicherten mit chronischem Rückenschmerz. Auf Basis von Scientific Use Files des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung von 2002-2009 stellen die Autoren fest, dass das Vorliegen einer psychischen Komorbidität einen unabhängigen, zeitstabilen Prädiktor für eine spätere EM-Rente darstellt. Die Autoren empfehlen eine strukturierte Erfassung von Beeinträchtigungen zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahmen um eine bedarfsgerechte Allokation psychologischer Therapien zu ermöglichen, um besonders bei jüngeren RehabilitandInnen einen nachhaltigen Return to Work zu erzielen.

Harling et al. (2010) gingen der Frage nach, welche Unterschiede zwischen Beschäftigten in *Pflegeberufen und anderen Berufsgruppen* in Bezug auf medizinische Rehabilitationsleistungen und dem Bezug von EM-Renten bestehen. Auf Basis des Scientific Use File „Abgeschlossene Rehabilitationen 2006“ und des Fernrechen Datensatzes „Versichertenzugang 2007“ des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung können die Autoren zeigen, dass RehabilitandInnen aus den Pflegeberufen häufiger weiblich sind als in anderen Berufsgruppen und hier besonders häufig Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und psychische Erkrankungen Ursachen für eine Rehabilitationsleistung sind. Nach der Reha-Leistung waren 78% der KrankenpflegerInnen und Hebammen sechs oder mehr Stunden täglich erwerbsfähig. Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen sind in Pflegeberufen EM-Renten deutlich öfter Grund eines Versichertenneuzugangs.

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)

In der medizinisch-klinischen, rehabilitativen Versorgungsforschung gelten medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitationsmaßnahmen, welche in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation durchgeführt werden und die rehabilitative Behandlung auf *berufsspezifische Elemente* ausrichten (Menzel-Begemann 2013), als effiziente Vorbereitung zur Rückkehr in den Beruf und zur Vermeidung langandauernder Erwerbsminderung. Als das medizinisch-berufliche Rehabilitationskonzept, das zurzeit am meisten in der Forschungslandschaft diskutiert und präferiert wird, ist die „medizinisch-berufliche Rehabilitation“ (MBOR) zu benennen. Der in den 1990er Jahren entwickelte MBOR-Ansatz entspricht damit der seit 2012 von der Deutschen Rentenversicherung geltenden Forderung nach berufsbezogenen Maßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen (Deutsche Rentenversicherung 2012; Menzel-Begemann 2013). Im Kontext des EM-Rentengeschehens ist der MBOR-Ansatz deswegen einer der relevantesten, weil er sich explizit an Erwerbstätige richtet, die durch berufsbezogene Problemlagen akut von Erwerbsunfähigkeit bedroht sind. Diese Problemlagen beste-

hen, wenn: eine Leistungsfähigkeit unter sechs Stunden, eine eingeschränkte Berufsfähigkeit mit einer uneingeschränkten oder teilweise eingeschränkten Erwerbsfähigkeit, drei monatige Arbeitsunfähigkeit vor der Rehabilitationsmaßnahme, Arbeitslosigkeit oder eine Antragsstellung auf Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente vorliegt. „Bei besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) legt die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) einen in der Intensität noch darüberhinausgehenden besonderen Schwerpunkt auf die spezifischen Problemlagen des – bisherigen oder angestrebten – Arbeitsplatzes. Hervorzuheben ist hier, dass die Leistungen der MBOR im Rahmen der medizinischen Rehabilitation erbracht werden und klar von Leistungen der Phase II (Medizinisch-berufliche Rehabilitation) bzw. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) abgrenzbar sind.“ (Deutsche Rentenversicherung 2015: 4-5). Wegen seiner Relevanz für die Arbeitsmarkt(re)integration von erwerbsgeminderten Personen werden daher MBOR-Studien, die expliziten Bezug zu Erwerbsminderung nehmen, aufgeführt.

Bethge (2017a) setzt sich mit der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) auseinander und kommt zu dem Schluss, dass sich dieser Ansatz insbesondere wegen seiner *Verbesserung der Chancen erwerbsbezogener Teilhabe* in Deutschland durchgesetzt hat. Die positiven Effekte lassen sich demnach auf die Erweiterung der medizinischen Rehabilitation um bedarfsorientierte diagnostische Leistungen verstehen. Der Ansatz richtet sich vor allem an Personen mit „langer Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit, negativer subjektiver Erwerbsprognose oder einer aus sozialmedizinischer Sicht notwendigen Veränderung des Arbeitsplatzes“ (Bethge 2017a: 428). Dabei sollen während des MBOR Diskrepanzen zwischen arbeitsplatzbezogenen Fähigkeiten und Anforderungen durch deren Anpassung erreicht werden. Zentrale Bestandteile sind:

- eine anwendungsorientierte Diagnostik die klären soll, welche beruflichen Fähigkeiten erwartet und welche ausgeführt werden können,
- eine intensivierete Sozial- und Berufsberatung unter Einbezug des Arbeitgebers und des sozialen Umfeldes in den Wiedereingliederungsprozess, falls notwendig ein stufenweiser Einstieg und individuelle Qualifizierungsmaßnahmen,
- berufsbezogene psychosoziale Gruppen, bei denen konkrete Pläne für den beruflichen (Wieder-)Einstieg erstellt und psychosoziale Kompetenzen gefördert werden,
- Arbeitsplatztraining, das ein möglichst realitätsnahes Training von Arbeitsabläufen umfasst.

Bethge (2017a) nahm des Weiteren eine *systematische Zusammenstellung* von randomisierten Studien zu den erwerbsbezogenen Teilhabeeffekten des multiprofessionellen Ansatzes vor, die im Gegensatz zu konventionellen Behandlungen (monodisziplinäre Intervention) ausdrücklich die Rückkehr in das Arbeitsleben zum Ziel haben. Demnach haben Kamper et al. (2014) konventionelle physiotherapeutische Konzepte mit *multidisziplinären biopsychosozialen Rehabilitationsprogrammen*, die etwa arbeitsplatzbezogene Testung und simulierte Arbeitsabläufe umfassten, bei chronischen Rückenschmerzen verglichen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass multidisziplinäre Programme einen positiven Effekt auf die Wieder-

herstellung der Arbeitsfähigkeit aufweisen. Nieuwenhuisen et al. (2014) untersuchten, wie sich eine Kombination von *klinischen und arbeitsplatzbezogenen Interventionen* im Vergleich zu lediglich klinischen Ansätzen auf die berufliche Wiedereingliederung von ArbeitnehmerInnen mit Depressionen auswirkten. Das Erstellen von Handlungsplänen für Arbeitsprobleme und die Einbeziehung der Arbeitgeber sowie des Betriebsrates scheinen einen deutlichen Effekt auf die Verringerung von Fehlzeiten zu haben. Besonders die stufenweise Wiedereingliederung, die unter Abstimmung aller beteiligten Akteure mit mindestens zwei Arbeitsstunden täglich beginnt, wirkt sich positiv auf die berufliche Wiedereingliederung bzw. die sinkende Wahrscheinlichkeit eine EM-Rente zu beziehen aus. „Die stufenweise Wiedereingliederung erlaubt es der Person, Selbstwirksamkeit und Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte zu erfahren, zugleich werden Vermeidungsüberzeugungen modifiziert“ (Bethge 2017a: 432; siehe auch Schwarze et al. 2014).

Exemplarisch zu nennen ist auch die Arbeit von Menzel-Begemann (2013), welche sich mit den Anforderungen von medizinisch-beruflicher Rehabilitation bei *neurologisch erkrankten RehabilitandInnen* auseinandersetzt. Der Autor stellt die Konzepte „Berufliche Orientierung in der Medizinischen Neurorehabilitation“ (BOMeN) und „Beruflich orientiertes Reha-Modul für die Neurologie“ (BoReM-N) vor. Spezifische Bedarfe zur Rückkehr neurologisch erkrankter RehabilitandInnen in den Beruf sind auf Grund ihrer multimodalen Funktionseinschränkungen laut Menzel-Begemann zusammenfassend: eine möglichst frühe Einbindung berufsbezogener Themen, realitätsnahe Berücksichtigung der beruflichen Anforderungen bei Diagnostik und Therapie sowie ein Bedarf an berufsbezogenen Patientenschulungen.

Ebenfalls exemplarisch zu erwähnen ist eine Arbeit von Knapp et al. (2018). Die Autoren beschäftigen sich damit, wie sich die Erwerbsbiographien von 18 bis 64-jährigen Versicherten, die wegen *Rückenschmerzen* in Baden-Württemberg behandelt wurden, auf die Zuweisung zu medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation auswirken. Es zeigt sich, dass MBOR-Zuweisungen durch Alter, Erwerbsbiographie und Zweitdiagnosen beeinflusst werden. Arbeitsunfähige Versicherte weisen eine erhöhte Chance auf eine MBOR-Maßnahme zu erhalten. RehabilitandInnen im Alter zwischen 41-45 Jahren und über 50 Jahren wiesen eine geringere Wahrscheinlichkeit auf MBOR-Maßnahmen zugewiesen zu bekommen als 46-50-Jährige.

Stufenweise Wiedereingliederung und Return to Work

Die stufenweise Wiedereingliederung (sogenanntes „Hamburger Modell“) nach §74 SGB V und §28 SGB IX soll nach langandauernder krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit fördern bzw. ein Abgleiten in die EM-Rente verhindern. Dabei kann die stufenweise Wiedereingliederung sowohl ohne als auch im Anschluss einer Rehabilitationsmaßnahme angewendet werden (Haberkamp/Körber 2013; Otto 2018). Da sie jedoch häufig im Nachgang einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme Anwendung findet, wird die stufenweise Wiedereingliederung hier im Kontext der medizinischen Rehabilita-

tionsforschung eingeordnet. Vormalig als Eingliederungsmaßnahme der gesetzlichen Krankenversicherung konzipiert, wird die stufenweise Wiedereingliederung seit 2004 auch von der Rentenversicherung finanziert, wenn eine stufenweise Wiedereingliederung schon während einer Rehabilitationsmaßnahme eingeleitet wird. Für die Frage nach der Arbeitsmarkt(re)integration bei EM-Rentenbezug ist die stufenweise Wiedereingliederung also vor allem interessant, um *nachhaltige Konzepte zur Verhinderung von Erwerbsunfähigkeit* im Anschluss an medizinische Rehabilitationen mit in den Forschungsstand einzubeziehen. Dementsprechend sind einige Arbeiten, die sich mit der stufenlosen Wiedereingliederung auseinandersetzen, dem EM-Rentenforschungsstand zuzuordnen.

So schlägt Schwarz (2018) die *Vernetzung von betrieblichen und klinischen Akteuren* im Return to Work-Prozess vor, um EM-Renten bei Personen mit psychiatrischen Erkrankungen zu vermeiden. Ergebnisse vorheriger Studien zeigen, „dass ein verstärkter Arbeitsweltbezug in der Therapie und eine engere Zusammenarbeit des medizinisch-therapeutischen und betrieblichen Systems von entscheidender Bedeutung für eine gelungene, nachhaltige Rückkehr ist“ (Schwarz 2018: 53). Daher plant das Projekt „Rückkehr zur Arbeit nach einer psychischen Krise“ bestehende Therapieangebote und Kooperationsmodelle zu untersuchen. In dem qualitativen Forschungsdesign sollen möglichst umfänglich die Perspektiven aller beteiligten Akteure, also der klinischen und betrieblichen Akteure sowie der Betroffenen, in Gruppendiskussionen und leitfadengestützten Telefoninterviews erhoben und inhaltsanalytisch ausgewertet werden.

Auch bei der stufenlosen Wiedereingliederung wird die Personengruppe der psychisch erkrankten Versicherten besonders berücksichtigt. Etwa beschäftigen sich Mernyi et al. (2018) mit den Effekten der Maßnahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements und der stufenweisen Wiedereingliederung von Menschen mit *psychischen Erkrankungen*, bei denen es sich wegen der langen Krankheitsdauer und den (teils gravierenden) sozialen Folgen ihrer Erkrankung um eine besonders vulnerable Gruppe handelt. Auf Basis einer Stichtagsvollerhebung stationär-psychiatrisch behandelter Patienten im Großraum München/Augsburg untersuchten sie die Beschäftigungsquote und den Wiedereinstieg in den Beruf der PatientInnen. Die Ergebnisse zeigen, dass nur ein Teil der PatientInnen auf dem ersten Arbeitsmarkt beschäftigt ist, zwei Dritteln gelingt in den ersten drei Monaten nach der Behandlung der berufliche Wiedereinstieg. Dies kann daran liegen, dass viele der PatientInnen arbeitsplatzbezogene Stressoren, wie Überbelastung und zwischenmenschliche Konflikte, als mit ursächlich für ihre Erkrankungen benennen. Darüber hinaus ist die Rückkehr ins Arbeitsleben oft angstbesetzt, was sich besonders auf erwartete Reaktionen der Vorgesetzten und KollegInnen bezieht. Die AutorInnen folgern, dass besonders bei psychischen Erkrankungen eine Beachtung des Arbeitsplatzumfeldes während der Behandlung wichtig für den Wiedereinstieg ist. „Die erkennbar schwierigen Voraussetzungen für eine berufliche Wiedereingliederung psychisch Erkrankter machen eine gute Zusammenarbeit und Interaktion der beteiligten Akteure (Krankenkassen, Rentenversicherungen, Gesundheitswesen, Betriebe) dringend notwendig.“ (Mernyi et al. 2018: 198; siehe auch Held 2018) Die Einbeziehung der Arbeitgeber kann helfen, individuelle Lösungen für Leistungseinschränkungen, wie Arbeitszeitverkür-

zungen, zu erarbeiten umso eine Erwerbslosigkeit zu verhindern. Auch die Deutsche Rentenversicherung zielt auf die Vernetzung der beteiligten Akteure ab: „Die Rentenversicherung unterstützt die berufliche Wiedereingliederung psychisch erkrankter Menschen und bereitet die Rückkehr in den Betrieb mit allen Beteiligten – Arbeitgeber, Werksarzt, betrieblicher Sozialdienst, Schwerbehindertenvertretung, Agentur für Arbeit usw. – vor. Ziel ist, die Beschäftigungsfähigkeit und den Arbeitsplatz zu erhalten.“ (Deutsche Rentenversicherung 2014: 28)

Zu nennen sind auch Arbeiten, welche sich zwar nicht explizit auf die stufenlose Wiedereingliederung beziehen, sich aber ebenfalls mit der Analyse von Return to Work-Prozessen nach erfolgter Rehabilitation auseinandersetzen. So gingen etwa Buschmann-Steinhage und Zollmann (2010) der Frage nach, wie sich die Einflussfaktoren und Prognose eines Return to Work im Verlauf zwei Jahre nach rehabilitativen Interventionen hinsichtlich der Beschäftigungssituation auswirkt bzw. erhöht. Die Datengrundlage bildeten prozessproduzierte Daten der Deutschen Rentenversicherung über einen Zeitraum von acht Jahren und personenbezogene Daten über Leitungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation, Renten, Beschäftigungs-, Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeitszeiten und soziodemographische Angaben. Die Ergebnisse geben Auskunft über einen Zeitraum von 2000 bis 2007 und beziehen sich vor allem auf Pflichtversicherte, die 2005 eine medizinische Rehabilitation absolviert haben. Die Faktoren, die den Return to Work beeinflussen, wurden in einer multiplen logistischen Regression ermittelt. Ein großer Teil der Versicherten blieb zwei Jahre nach den Rehabilitationsmaßnahmen im Erwerbsleben. Die Autorinnen zählen zu den positiven Faktoren, die ein Return to Work fördern, ein Einkommen von über 100 Euro pro Arbeitstag im Jahr der Rehabilitationsbeantragung, Arbeitsunfähigkeitszeiten von unter drei Monaten vor der Rehabilitation, eine bestehende Beschäftigung bei Antragsstellung, Arbeitsfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung, ein unter 40jähriges Lebensalter und eine Hochschul- bzw. Fachhochschulreife. Als negative Faktoren benennen die Autorinnen eine Leistungsfähigkeit von unter drei Stunden am Tag, Arbeitsunfähigkeitszeiten von sechs oder mehr Monaten, Arbeitslosigkeit oder Nicht-Erwerbstätigkeit bei Antragsstellung und ein Alter von 60 oder mehr Jahren. Es wird geschlossen, dass der Arbeitslosigkeit bzw. Beschäftigung vor der Rehabilitation eine zentrale Bedeutung zukommt. Ebenso ist die Schichtzugehörigkeit hinsichtlich der Beschäftigungssituation nach der Rehabilitation ausschlaggebend. Dagegen sind gesundheitsbezogene Faktoren für den Return to Work eher zweitrangig. Es wird empfohlen, möglichst frühzeitig Rehabilitationsmaßnahmen einzuleiten, bevor gesundheitliche Ausgliederungszeiten aus der Erwerbstätigkeit einsetzen bzw. hier früh zu intervenieren.

Exemplarisch für die Beschäftigung mit hemmenden und förderlichen Faktoren für die Wiedereingliederung ist das Forschungsprojekt „Rückkehr zur Erwerbsarbeit nach Brustkrebs: Eine prospektive, multizentrische Studie zur Verbesserung der Reintegration ins Erwerbsleben“. Das Projekt untersucht zurzeit den Return to Work von *Brustkrebspatientinnen nach der Primärtherapie* (Noeres/Geyer 2018). Geklärt werden soll, welche Bedingungen förderlich für eine Wiedereingliederung sind und welche Hilfsangebote dabei beansprucht werden. Besonders fokussiert werden soll die berufliche Entwicklung der Patientinnen in Betracht ihrer Lebens- und Arbeitssituation, in Anspruch genommene Reintegrationsmaßnahmen der

Rentenversicherung und anderer Akteure, ebenso die Perspektive der Arbeitgeber auf eine förderliche Unterstützung von Brustkrebspatientinnen beim Return to Work. Datenbasis soll eine standardisierte, multizentrische Befragung von circa 700 erwerbstätigen Patientinnen sein. Zusätzlich werden leitfadengestützte Interviews mit SozialdienstmitarbeiterInnen der beteiligten Kliniken sowie Experteninterviews mit 40 Arbeitgebern geführt. Das Projekt hat zum Ziel, die berufliche Reintegration von Brustkrebspatientinnen durch Empfehlungen für eine effektive und früheinsetzende Förderung der Rehabilitation und des Return to Work zu verbessern.

2.3 Berufliche Rehabilitationsforschung

Die berufliche Rehabilitation, bzw. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), ist gezielt auf die *Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit und der langfristigen Sicherung eines Erwerbseinkommens* auf dem ersten Arbeitsmarkt ausgerichtet. Damit ist die Beforschung dieses Teilbereichs der Versorgungslandschaft sicherlich der relevanteste des Forschungsstandes hinsichtlich der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen. Umso auffallender ist, dass nur wenige Studien bestehen, welche explizit die Wiedereingliederung von EM-RentnerInnen in den ersten Arbeitsmarkt behandeln. Trotzdem konnten einige Studien gefunden werden, welche sich mit der spezifischen Situation von teilweisen oder vollen EM-RentnerInnen im Kontext von beruflicher Rehabilitation auseinandersetzten. Hauptaugenmerk dieser Studien sind fördernde und hemmende Faktoren bei der Arbeitsmarktintegration bzw. dem Versuch diese in (Modell)Projekten zu identifizieren und in beruflichen Rehabilitationskonzepten zu berücksichtigen. Insgesamt kann festgehalten werden, dass bisher kein ausdifferenzierter Forschungsstand vorhanden ist, bestehende Arbeiten sich eher explorativ mit der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen beschäftigen und tentative Versuche unternommen werden, eine Spezialisierung der beruflichen Rehabilitation für Versicherte mit EM-Rentenbezug zu entwickeln.

Grundsätzlich ist vorweg zu nehmen, dass sich die berufliche Rehabilitation nach Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausrichtet und für RehabilitandInnen mit *chronischen und schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen* konzipiert ist, die zu einer erheblichen Erwerbsminderung führen (oder führen können). „Hier rücken die Erwartungen an eine Verbesserung der funktionellen Defizite in den Hintergrund und es werden auf der Basis der (bis dato) verbliebenen Leistungsfähigkeit Maßnahmen zur dauerhaften (Wieder-)Eingliederung – zum Beispiel Belastungs- und Arbeitserprobungen unter anderem in Berufsbildungs-, Berufsförderungswerken oder Betrieben – und auch solche zur Eröffnung neuer Perspektiven unter anderem im Rahmen von For- und Weiterbildungen eingesetzt“ (Menzel-Begemann 2013: 509). Dabei lässt sich beobachten, dass neben nicht erwerbstätigen Personen auch vermehrt Erwerbstätige Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Anspruch nehmen (Reims 2017). Inwieweit dies für die Gruppe der nur teilweisen EM-RentnerInnen eine Rolle spielt, ließ sich dem Forschungsstand jedoch nicht entnehmen.

Das Ziel der beruflichen Rehabilitation ist primär die Teilhabe, also – im Kontext von EM-Rente – die Sicherung oder Wiederherstellung eines Erwerbseinkommens auf dem ersten Arbeitsmarkt. Berufliche Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe an Arbeit umfassen eine Vielzahl von Maßnahmen, welche die Erhaltung oder das Erlangen eines Arbeitsplatzes zum Ziel haben. Diese sind zum Beispiel Maßnahmen zur beruflichen Anpassung, Berufsvorbereitung, Fort- und Weiterbildung, finanzielle Hilfen oder Arbeitgeberzuschüsse (Hesse/Walden 2014). „Leistungen zur beruflichen Rehabilitation bzw. Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sind ein Instrument zur dauerhaften (Wieder-)Eingliederung von Menschen mit Behinderungen in das Erwerbsleben. Damit soll neben dem Erhalt des Arbeitsplatzes langfristig auch die Erbringung von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vermieden oder zumindest hinausgeschoben werden.“ (Schwarze et al. 2014: 66) Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes der beruflichen Rehabilitation bzw. Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 SGB IX umfassen dabei Berufsvorbereitung, berufliche Anpassung, Fort- und Ausbildung, Umschulung wie auch Arbeits- und Berufsförderungen. Angeboten werden Maßnahmen von Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, beruflichen Trainingszentren, Berufsförderungswerken, Berufsbildungswerken, Integrationsämtern, Integrationsfachdiensten, Integrationsprojekten und Rehabilitationseinrichtungen (Stengler et al. 2014). Spezifisch für berufliche Rehabilitationsmaßnahmen ist, dass wegen der Vielzahl der Akteure, die an dem beruflichen Wiedereingliederungsprozess beteiligt sind, auch das *erweiterte soziale Umfeld* der RehabilitandInnen bei der beruflichen (Re)Integration ausschlaggebend ist und daher von rehabilitationswissenschaftlichen Arbeiten miteinbezogen werden muss. Dies gilt vor allem für die (potentiellen) Arbeitgeber. Daher fordern beispielsweise Hagen und Himmelreicher (2014: 135), dass die Etablierung von *Anreizstrukturen zur Wiedereingliederung* in den Arbeitsmarkt bzw. das Rückkehrmanagement nicht nur für Beschäftigte ausgerichtet wird, sondern vor allem den Betrieben Möglichkeiten an die Hand geben sollte, erwerbsgeminderte Personen zu beschäftigen. Obwohl ähnliche Aussagen sich immer wieder im Forschungsstand finden, bestehen dazu bisher nur wenig Studien, was als ein klares Forschungsdesiderat bezeichnet werden kann. Ein weiteres Spezifikum des Forschungsstandes sind Studien bezüglich der *Perspektive und Rückkehrmotivation von EM-RentnerInnen* im Kontext der beruflichen Rehabilitation und der Teilhabe am Arbeitsleben, welche große Beachtung finden und daher nach der Darstellung des allgemeinen Forschungsstandes gesondert ausgeführt werden.

Exemplarisch für die explizite Beschäftigung mit der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen bzw. für die wissenschaftliche Analyse ihres Rückkehrprozesses ist das Modellprojekt „Wiedereingliederung erwerbsgeminderter Rentner und Rentnerinnen ins Arbeitsleben“ (WeRA) der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg. Das Projekt beschäftigt sich explizit mit der *Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt von EM-RentnerInnen* mit einer festgestellten Teilleistungsfähigkeit von unter sechs Stunden (Kunze/Benöhr 2013). In dem Projekt wurde der Frage nachgegangen, ob vor Ablauf der zeitlichen Befristung der EM-Rente ausreichend Angebote gemacht wurden, die eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben ermöglichten. Gefragt wurde auch, ob der Wunsch der EM-RentnerInnen wieder arbeiten zu gehen, anstatt eine Rente zu beziehen, ausreichend berücksichtigt wurde und ob

genügend Wiedereingliederungsanreize gesetzt bzw. eine ausreichende ökonomische Sicherheit im Wiedereingliederungsprozess vorhanden waren. Untersucht wurden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Das Ziel des Modellprojektes war es, eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt unter individueller Berücksichtigung der gesundheitlichen Einschränkungen zu erreichen. Dazu wurde zuerst ein Eingliederungsprofil der EM-RentnerInnen erstellt, im Anschluss wurden zusammen mit den Versicherten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben geplant und bewilligt. Gegliedert wurde in drei Fallgruppen: 1. Neuantrag auf EM-Rente; 2. Antrag auf Weiterbewilligung vor bzw.; 3. nach dem Ablauf der zeitlichen Befristung. Zusätzlich war bei den Teilnahmebedingungen am Modellprojekt noch die Frage nach der Leistungsfähigkeit und -bereitschaft der Betroffenen ausschlaggebend. War die Prüfung der ärztlichen Sachverständigen nach Aktenlage positiv, wurde also von guten Voraussetzungen für eine Teilnahme an der Maßnahme ausgegangen, kam es zu einer individuellen Beratung der EM-RentnerInnen. Die Eingliederungsmöglichkeiten wurden in Form von Assessments eruiert, wie in Abbildung 2 dargestellt.

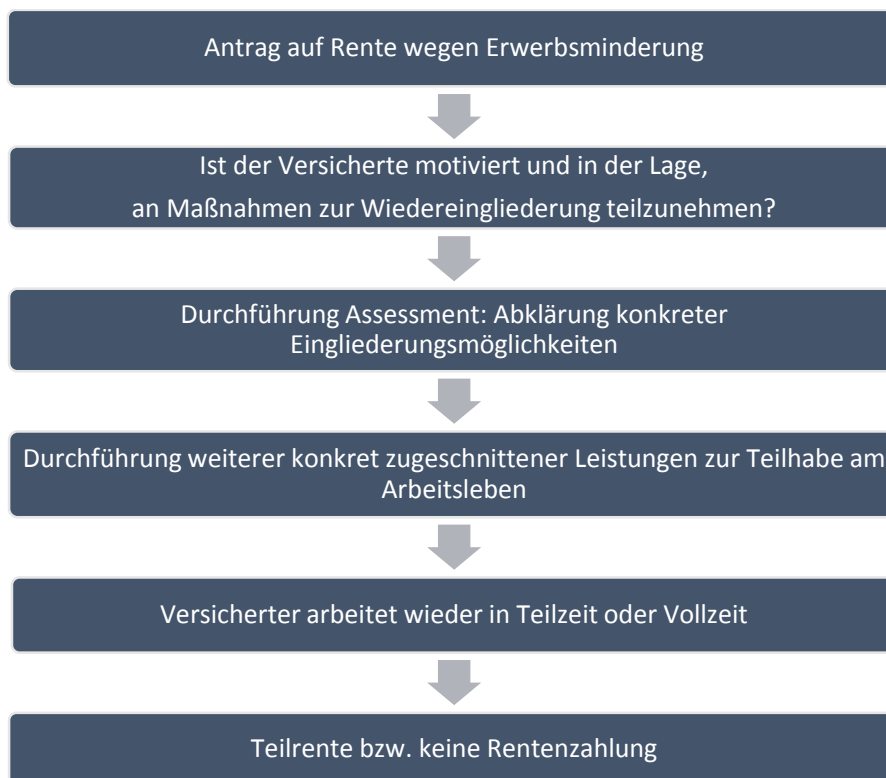


Abb. 2: Ablauf des Modellprojektes (aus: Kunze/Benöhr 2013, S. 20, verändert durch Autor).

Die Ergebnisse zeigen, dass Betroffene, die eine Weitergewährung ihrer Rente beantragen, scheinbar erhebliche Schwierigkeiten haben, sich nach langandauerndem Rentenbezug zu motivieren eine berufliche Neuorientierung anzustreben. Ein Return to Work wird als riskant empfunden, da der Ausgang der Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben offen ist, während eine (volle) EM-Rente Sicherheit bietet. Oft besteht ferner kein Interesse an einer freiwilligen Mitwirkung. Auch sprechen teilweise familiäre, organisatorische Gründe (zum Beispiel Kinderbetreuung) gegen eine Teilnahme an den Maßnahmen. Jüngere Betroffene waren prinzipiell eher bereit an dem Modellprojekt teilzunehmen. Die EM-RentnerInnen, die erstmalig

eine Rente beantragt hatten, brachen das Modellprojekt aus verschiedenen Gründen ab. Gesundheitliche Gründe spielten dabei eine Rolle, auch kamen mangelndes Interesse an einer beruflichen Wiedereingliederung, Widersprüche der Versicherten gegen die Ablehnung ihrer EM-Rente oder der Vorschlag von Sachverständigen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erst später zu prüfen vor. Die Autorinnen kommen zu dem Schluss, dass die Angebote des Modellversuches nur begrenzt genutzt wurden und nur wenige EM-RentnerInnen die Assessments oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit anschließender Wiedereingliederung wahrnahmen. Grund dafür könnte die derzeitige Rechtsprechung sein, unter der die Betroffenen die Sicherheit der EM-Rente einer riskanten beruflichen Neuorientierung vorziehen. Demnach seien die derzeitigen gesetzlichen Regelungen zum verschlossenen Teilzeitarbeitsmarkt hemmend für die Rückkehrmotivation. Die Autorinnen empfehlen das Schaffen positiver Anreize und Gesetzesreformen zu den Themen verschlossener Teilzeitarbeitsmarkt und Hinzuverdienstregelungen.

Besonders bei den im EM-Rentengeschehen immer häufiger werdenden psychischen Erkrankungen spielt die berufliche Rehabilitation eine zunehmend wichtigere Rolle: „Psychische Störungen stehen auf Platz drei der Bewilligungsdiagnosen in der beruflichen Rehabilitation. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können entscheidend zum Wiedereinstieg in das Berufsleben beitragen. Wichtig sind dabei ein bedarfsgerechter Zuschnitt der Angebote und die reibungslose Kooperation zwischen Reha-Träger, Leistungserbringer und Arbeitswelt.“ (Deutsche Rentenversicherung 2014: 23). Demnach beschäftigten sich Schwarze et al. (2014) in der Publikation „Strategisches Konzept für ein berufliches (Re-)Integrationsmanagement der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover“ mit der *Rückkehr aus der EM-Rente mit Fokus auf Versicherte mit psychischen Störungen*. Dabei konstatieren sie, dass, wenn ein EM-Rentenantrag vorliegt, Rehabilitationsangebote an sich bereits zu spät kommen. Dieser Umstand erscheint besonders relevant, da, wie Kobelt (2009) zeigte, über 50% der Betroffenen zwei Jahre vor der Berentung keine medizinische Rehabilitationsleistung in Anspruch nehmen. Auf eine mangelnde Versorgung bzw. Unterstützung bei der Rückkehr ins Erwerbsleben deuten auch die Ergebnisse von Kobelt (2013) hin, wonach nur 46,2 % der Versicherten die auf Grund psychischer Erkrankungen eine EM-Rente beziehen, in den ersten zwölf Monaten ihrer Berentung in psychotherapeutischer Behandlung waren. Dabei hatten 66% der EM-RentnerInnen ein Interesse an einem Wiedereingliederungsprogramm, das besonders bei jüngeren Versicherten und Frauen höher ausgeprägt war, als bei Betroffenen ohne Schulabschluss. Vor diesem Hintergrund empfehlen die AutorInnen, dass auch nach längeren Berentungszeiten rechtlich und finanziell geprüft werden sollte, ob eine gestufte (Re)Integration unter Beibehaltung der Rentenbezüge aus ökonomischer Sicht angebracht sein kann. Die Rentenversicherung Braunschweig-Hannover stellt in diesem Kontext ein kombiniertes Fallmanagement bei psychisch erkrankten Versicherten vor, die eine Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, welches aus vier Komponenten besteht: 1) Diagnostik und Eignungstest, 2) Begleitung, Vorbereitung und Motivierung, 3) Orientierung und Belastungserprobung und 4) Reintegrationsphase. Bei dem Verfahren wird gezielt auf die persönlichen Potentiale der EM-RentnerInnen geachtet, aus denen ihre Wiedereingliederungschancen resultieren. Im Falle einer positiven Prognose zum

Verhältnis zwischen Leistungspotential und Teilhabechancen sollen die Versicherten mittels einer Einzelfallbetreuung und einer bedarfsgerechten medizinischen und therapeutischen Versorgung ihr Leistungspotential steigern. Nach der Absolvierung dieses Schrittes folgt eine Belastungserprobung in einem beruflichen Trainingszentrum. Sollte auch diese positiv in Hinsicht auf Motivation und Belastungsfähigkeit des Versicherten ausfallen, kann schließlich eine berufliche Integrationsmaßnahme, etwa aus dem Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, unter Betreuung des Fallmanagers vorgenommen werden (Schwarze et al. 2014: 72-73; siehe zur Bedeutung von persönlicher Begleitung und Koordination im Rahmen von Fallmanagementkonzepten bei komplexen Problemlagen von Versicherten auch Kaluschka et al. 2017b). Der Stellenwert der intensiven Begleitung und Nachsorge von RehabilitandInnen bei der Rückkehr ins Erwerbsleben ist mittlerweile ein Grundsatz der Deutschen Rentenversicherung: „Die Aufgabe der Rentenversicherung hört mit Abschluss der medizinischen Reha-Leistung nicht auf, sondern geht darüber hinaus, z. B. als Reha-Nachsorge, Fallbegleitung oder stufenweise Wiedereingliederung.“ (Deutsche Rentenversicherung 2014: 21) Schwarze et al. (2014) plädieren bei der beruflichen (Re)Integration für die Berücksichtigung spezifischer Bedarfe und stellen die Entwicklung bedarfsorientierter Konzepte („Sonderkonzepte“) als Herausforderung für das Sozialversicherungssystem heraus. Dabei spielen sowohl die Schwere und Komplexität von chronischen Erkrankungen eine Rolle, als auch eine erschwerte berufliche Integration durch Fehl-, Unter- oder Überversorgung und die Beachtung branchen- und berufsspezifischer Bedingungen eine wichtige Rolle. Als Zielgruppen solcher Maßnahmen benennen die AutorInnen besonders Versicherte mit psychosomatischer Symptomatik und chronischen Schmerzen.

Auch Stengler et al. (2014) stellen den großen Stellenwert der beruflichen Rehabilitation bei dem *Recht auf Teilhabe am Erwerbsleben* für Personen mit schweren psychischen Erkrankungen heraus. Bei dieser PatientInnengruppe ist nicht die maximale Symptomreduktion, sondern die Anpassung an die Lebensumstände der Betroffenen primäres Ziel der beruflichen Rehabilitation. Bei psychischen Erkrankungen sind berufliche Rehabilitationsmaßnahmen besonders dann erfolgreich, wenn Komplexleistungen zur Teilhabe in allen Lebensbereichen unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes durchgeführt werden. Dabei wird gemäß dem „First train, then place“-Ansatz (auch „prevocational training“) großer Wert auf berufsvorbereitende Trainings und übergangsweise Beschäftigung unter geschützten Bedingungen gelegt, um eine Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt zu erreichen. Diese Maßnahmen ergeben positive Effekte hinsichtlich erhöhten Beschäftigungsraten, höheren Durchschnittseinkommen und einem Zugewinn an Lebensqualität der Betroffenen (Funktionsniveau, psychisches Wohlbefinden, Freizeit) gegenüber der Standardbehandlung.

Das individuelle Verhalten von EM-RentnerInnen und ihre Einstellungen bezüglich der Rückkehr in Arbeit wird im Forschungsstand als zentraler Faktor für einen gelingenden Return to Work-Prozess angesehen, dementsprechend stehen sie im Fokus des wissenschaftlichen Interesses. So untersucht derzeit das Forschungsprojekt „Wege psychisch Kranker in die EM-Rente und Rückkehrperspektiven aus der EM-Rente in Arbeit: Ansatzpunkte zu frühzeitiger Intervention in biografischen und krankheitsbezogenen Verlaufskurven (WEMRE)“ mög-

liche Interventionspunkte und geeignete Hilfsangebote in Bezug auf *Entscheidungsschritte und -muster*, die eine EM-Rentenbeantragung bedingen oder das Verhalten während dem Bezug einer EM-Rente beeinflussen (Kardorff 2018a). Dabei gehen die Forschenden davon aus, dass psychische Erkrankung eine sukzessive Entwicklung ist, die mit sozialem Abstieg, negativen Ereignissen im sozialen Umfeld und der Biographie sowie sozialer Diskriminierung einhergeht. Diese Entwicklungen, ebenso wie lange Arbeitszeitunfähigkeitszeiten, häufige kündigungsbedingte Stellenwechsel und langfristige Erwerbsminderung, werden als Prozess verstanden, an deren Endpunkt der EM-Renantrag stehen kann. Das Projekt fokussiert besonders auf die individuellen biographischen Verläufe bis zur EM-Berentung, dem Erleben der Betroffenen hinsichtlich von Bedingungsfaktoren, Schlüsselmomenten und Wendepunkten, Krankheitsbeginn und Bewältigungsstrategien, Folgen der Erkrankungen in Bezug auf die berufliche und familiäre Situation, Inanspruchnahme von psychotherapeutischen oder rehabilitativen Leistungen, Rentenbeantragungs- und Bewilligungsprozess. Außerdem werden die Auswirkungen der EM-Berentung für die Betroffenen und Unterschiede zwischen befristeter und unbefristeter EM-Rente, Einschätzungen der Betroffenen über die Entscheidung zur Rentenbeantragung und Rückkehrmotivation auf den Arbeitsmarkt sowie Wünsche zum Unterstützungsbedarf bei der Wiedererlangung der Beschäftigungsfähigkeit untersucht. Geplant sind in einem qualitativen Forschungsdesign autobiographisch-narrative Interviews mit EM-RentnerInnen mit psychischen Erkrankungen der Deutschen Rentenversicherung Bund, Berlin Brandenburg und Westfalen. Die Fallauswahl wird nach den kontrastiv gesammelten Auswahlkriterien Alter, Geschlecht, befristete oder unbefristete Rente vorgenommen. Der Verlauf wird erfasst in dem, circa sechs Monate nach Beginn der Berentung, ein narratives Interview geführt wird, nach zwei Jahren ein kürzeres Telefoninterview erfolgt und 16 Monate nach EM-Rentenbewilligung ein Leitfadenterview stattfindet. Darüber hinaus werden in einem weiteren Teilbereich des Projektes ExpertInneninterviews mit BetriebsärztInnen, leitenden ÄrztInnen des sozialmedizinischen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit und der Deutschen Rentenversicherung, Vertretern der Bundespsychotherapeutenkammer, der Bundesärztekammer des IAB und Arbeitsmedizinern geführt, um Barrieren für frühzeitige Identifikation und Intervention der gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu ermitteln. Ziel der Studie sind praxisbezogene Hinweise für präventive Maßnahmen und die Weiterentwicklung des Forschungsstandes bezüglich Verlaufskurven von psychischen Erkrankungen.

Aus einer ähnlichen Perspektive untersucht Bartel (2018a, 2018b) das *komplexe Bedingungsgefüge*, das zu gesundheitsbedingten beruflichen Ausstiegs- und Neuorientierungsprozessen führt. Ziel der Autorin ist es zu verstehen, wie Aushandlungsprozesse der beruflichen Neuorientierung im Verhältnis zur Krankheitsbewältigung stehen um zu erklären, was berufliche Arbeit bei eingeschränkter Gesundheit ermöglichen oder auch erschweren kann. Dabei werden drei Themenbereiche herausgearbeitet: gesundheitsbedingte Statuspassagen in der Erwerbsbiographie, Schlüsselakteure im Rehabilitationsprozess und die Unternehmenskultur.

Im Forschungsstand zu finden sind auch Studien, welche sich zwar nicht mit Personengruppen beschäftigen die eine EM-Rente beziehen, deren Ergebnisse aber helfen die EM-

relevanten Studien zur beruflichen Rehabilitation zu kontextualisieren. So beschäftigt sich beispielsweise Rückert (2018) mit der beruflichen Rehabilitation von *jungen Erwachsenen* mit Behinderung und/oder sozialer Benachteiligung. Er thematisiert, dass diese Gruppe trotz zahlreicher Angebote von den Maßnahmen zur Ersteingliederung nur gering profitieren. Um gezieltere Maßnahmen möglich zu machen untersucht er die Herstellung „beruflicher Handlungsfähigkeit“. Er zeigt auf, dass junge Erwachsene in der beruflichen Rehabilitation zwar ein Bewusstsein ihrer Lernbiographie aufbauen, dabei die Relationen ihres Umfeldes miteinbeziehen und Anstrengungen unternehmen, um Lernergebnisse und -resultate zu erzielen, diese aber beim Antreffen von, als unverändert (wahrgenommenen), Hindernissen oft eingestellt werden. Inwieweit sich die Ergebnisse, welche für die Arbeitsmarkt(re)integration relevant sind, auch auf EM-RentnerInnen beziehen lassen, ist eine offene Frage.

Neumann et al. (2018) untersuchen im Projekt „Perspektiven der Leistungserbringer“ welche Faktoren die *Leistungserbringer beruflich rehabilitativer Maßnahmen* zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) als einflussreich auf die Arbeitsmarktintegration angeben bzw. aufweisen. Bisherige Ergebnisse zeigen, dass die Leistungserbringer von unterschiedlichen Ressourcen und daher auch unterschiedlichen Auffassungen von Anforderungen an ihre Arbeit berichten. Anbieter von Vergabemaßnahmen sind einer erhöhten Planungsunsicherheit und Konkurrenzdruck ausgesetzt, das Fehlen einer festen Infrastruktur ermöglicht ihnen aber auch eine flexiblere Gestaltung der Maßnahmen. Auch an dieser Stelle ist anzunehmen, dass die Ergebnisse der Studie relevant für die Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen sind. Allerdings bleibt ungeklärt, wie die Leistungserbringer die Auswirkungen der Vergabesituation von LTA-Maßnahmen auf die spezifische rehabilitative Versorgung von EM-RentnerInnen bewerten.

Auch Bethge (2017b) weist auf den mangelnden Forschungsstand zu den *Effekten von Bildungsleistungen der beruflichen Rehabilitation* von Personen mit gesundheitsbedingten Eingliederungsbarrieren hin. Daher untersuchte der Autor, wie sich berufliche Bildungsleistungen nach einer medizinischen Rehabilitation auf die Beschäftigungseffekte von arbeitslosen Personen auswirken. Anhand des Scientific Use Files „Abgeschlossene Rehabilitation im Versicherungsverlauf 2006-2013“ des Forschungsdatenzentrums der Deutschen Rentenversicherung erfasste der Autor arbeitslose Versicherte zwischen 30 und 59 Jahren, die entweder 2008 oder 2009 wegen einer Muskel-Skelett-Erkrankung oder einer psychischen Erkrankung an einer medizinischen Rehabilitation teilgenommen hatten. Untersucht wurden von dieser Gruppe diejenigen, deren sozialmedizinische Leistungsbeurteilung ein eingeschränktes Leistungsvermögen für die letzte berufliche Tätigkeit, aber auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine uneingeschränkte Leistungsfähigkeit attestierte. Für die Personen mit beruflichen Bildungsleistungen erhöht sich die Chance einer mindestens sechs monatigen Beschäftigung nachgehen zu können (24,1% Personen ohne Teilhabeleistung und 36% für Personen mit Teilhabeleistung). Ebenso reduzierte sich das Risiko eine EM-Rente zu erhalten für die Personen mit Bildungsleistungen gegenüber denen ohne leicht, aber nicht signifikant (14,4% zu 17,3%). Auch weisen drei bis vier Jahre nach der Rehabilitation Personen mit zusätzlicher

Bildungsleistung ein durchschnittlich deutlich höheres Einkommen auf und waren mehr Tage im Jahr sozialversicherungspflichtig beschäftigt.

Exemplarisch für Studien, die sich mit den Auswirkungen spezifischer Erkrankungen auf einen Stay at Work bzw. einen EM-Rentenzugang auseinandersetzen, sind Kaden et al. (2011) zu nennen. Die AutorInnen beschäftigten sich damit, wie sich arzneimitteltoxische Polyneuropathie negativ auf die *Teilhabe am Alltag und im Beruf* auswirken. Dafür erfragten sie in zwei Rehabilitationskliniken standardisiert sozialmedizinische Daten von 366 PatientInnen nach abgeschlossener Chemotherapie mit (zumindest) stabiler Teilremission. Analysiert wurde der Rentenstatus, der Anteil an Berufstätigen, Arbeitsunfähigkeitszeiten, berufliche Anforderungen in Hinsicht auf die Arbeitsbelastung, feinmotorische Fähigkeiten und die Gang- und Standsicherheit. Der Status wurde zwischen dem Zeitpunkt des Beginns der Rehabilitation und sechs Monate danach untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass 70% der PatientInnen noch erwerbsfähig waren, 25,1 % eine Altersrente und 4,9% eine EM-Rente bezogen. Zu Beginn der Rehabilitation waren noch 70,8 % der Befragten arbeitsunfähig und nur 18,6% beruflich eingegliedert, nach sechs Monaten waren dagegen nur noch 27,6% arbeitsunfähig und 65% arbeitsfähig. Im Untersuchungszeitraum kam es lediglich zu einem Zugang von 1,9% an Alters- und 3,8% an EM-Renten. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass ein großer Anteil der PatientInnen, die an einer Polyneuropathie leiden, trotzdem erwerbsfähig bleibt und eine berufliche Reintegration in der Mehrzahl der Fälle gelingt.

Perspektive und Rückkehrmotivation von EM-RentnerInnen

Gemäß der im Forschungsstand verbreiteten Ansicht, dass die Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen durch berufliche Rehabilitationsmaßnahmen deutlich über die medizinische Therapie funktioneller Störungen hinausgeht, besteht ein Forschungsstrang zur psychosozialen Situation sowie *hemmenden und förderlichen Faktoren in der Lebenswelt* der EM-RentnerInnen bezüglich ihrer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Die so gut wie in allen Studien zu findende Grundannahme ist, dass die persönliche Motivation, sowohl überhaupt erst an einer beruflichen Rehabilitation teilzunehmen, als auch prinzipiell (mittel- oder langfristig) eine Rückkehr ins Erwerbsleben anzustreben, ausschlaggebend von der subjektiven Perspektive der EM-RentnerInnen abhängig ist. Dabei sind die zentralen Aspekte, welche Einfluss auf die Rückkehrmotivation haben: die Einschätzung der Arbeitsmarktchancen, das Krankheitserlebens und vor allem auch der ökonomischen Situation. Die vorliegenden Studien eruieren daher zum einen Faktoren, welche die Rückkehrmotivation maßgeblich bedingen nach spezifischen Lebenslagen. Zum anderen wird auf dieser Basis nach beruflichen Rehabilitationskonzepten geforscht, welche einem im Sinne der Arbeitsmarkt(re)integration positiven Effekt auf die Lebenssituation der Versicherten zeigen bzw. diese in ihrer jeweiligen, individuellen Lebenssituation erreichen. Insgesamt ist festzustellen, dass der Forschungsstand zur subjektiven Perspektive und Rückkehrmotivation von EM-RentnerInnen innerhalb der praxisorientierten Rehabilitationsforschung derjenige ist, der sich

am explizitesten sowohl auf die generelle Thematik EM-Rente, als auch im speziellen auf die (re)Integration ins Erwerbsleben dieser Gruppe von Versicherten bezieht.

In einer der wenigen speziell auf die Arbeitsmarkt(re)integration von *zeitlich befristeten EM-RentnerInnen* konzentrierten Studie untersuchte das Forschungsprojekt BERATER („Befristete EM-Rente und Rückkehr in das Erwerbsleben: Themen und Erwartungen von EM-RentnerInnen“) den Zusammenhang von Gesundheitszustand und Return to Work-Plänen sowie Ressourcen und Hindernisse für eine Rückkehr zur Arbeit von EM-RentnerInnen (Zschucke et al. 2017). Die Datenbasis des Projektes waren 452 standardisierte Interviews im Jahr 2014 und 348 Follow-Up Befragungen 2015 und 2016 mit EM-RentnerInnen der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen (ursprünglich kontaktiert wurden alle 4.221 Personen, die zu diesem Zeitpunkt eine EM-Rente bezogen). 53% der Befragten EM-RentnerInnen waren weiblich, der Altersdurchschnitt lag bei circa 50 Jahren und die durchschnittliche Bezugsdauer war dreieinhalb Jahre. Die Autorinnen benennen in der Ergebnisdarstellung als Auffälligkeit eine hohe Rate an Multimorbidität und Komorbidität sowie ein hohes Körpergewicht (Adipositas) innerhalb der untersuchten Gruppe. Die Befragten sind von einer verringerten Lebensqualität und Armutsgefährdung betroffen. 25% schließen eine zukünftige Rückkehr ins Erwerbsleben aus, 14% denken noch darüber nach. Die große Mehrheit von 47% äußern konkrete Absichten zur Rückkehr in den Arbeitsmarkt und 9% haben nach Selbstauskunft schon konkrete Schritte für eine Rückkehr vorgenommen. Die Autorinnen führen an, dass diese Ergebnisse in einer großen Diskrepanz („Intention-Verhalten-Lücke“) mit der bisher geschätzten, tatsächlichen Rückkehr ins Erwerbsleben von nur 6 % stehen. Ausgeprägtere Rückkehrabsichten äußern jüngere Befragte und Versicherte mit kürzerer EM-Rentenbezugsdauer. Die Befragten, die vor der Berentung Arbeitslosengeld bezogen, geben geringere Rückkehrabsichten an. Die Schul- und Berufsausbildung, die Anzahl der Erkrankungen und die subjektiv wahrgenommenen körperlichen und psychischen Einschränkungen wirken sich dagegen nur gering auf die Rückkehrabsicht aus. Motive für eine Rückkehr sind monetäre Interessen und soziale Teilhabe, wie Gebrauchtwerten, soziale Kontakte und Anerkennung. Subjektiv wahrgenommene gesundheitsbezogene Barrieren, die der Integration in den Arbeitsmarkt entgegenstehen, sind Ängste, Depressionen, chronische Schmerzen, geringe Belastbarkeit oder Adipositas. Arbeitsmarktbezogene Barrieren werden als gravierend beschrieben. So sind, nach Auskunft der Befragten, Arbeitgeber oft nicht fähig oder bereit sich auf gesundheitliche Beeinträchtigungen von ArbeitnehmerInnen einzustellen und nehmen schwankende Leistungsfähigkeit bzw. geringe Belastbarkeit als Risiko wahr. „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.“ (Zschucke et al. 2017: 4) Die Mehrzahl der Befragten gibt an, Leistungserbringer von beruflicher Rehabilitation, wie die Integrationsfachdienste, nicht zu kennen und vor der EM-Berentung keinen persönlichen Kontakt zu FachberaterInnen der Deutschen Rentenversicherung gehabt zu haben. Daher stellt der Zugang zu Informationen und rehabilitativen Leistungen ebenfalls eine Hürde bei der Rückkehr ins Erwerbsleben dar. Die Autorinnen konstatieren, dass zwar eine Unzufriedenheit mit der Lebenssituation in der EM-Rente besteht, gleichzeitig aber auch Widerstände

deutlich werden, die (teils schwer) erlangte Berentung wieder aufzugeben. Es bestehen Ängste, durch die gesundheitlichen Einschränkungen auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht konkurrenzfähig zu sein. Die TeilnehmerInnen der Studie geben oft an, mit flexiblen Arbeitszeiten ihre gesundheitsbedingten Leistungsschwankungen ausgleichen zu können. Die Autorinnen halten individuelle, langfristige Unterstützungsmaßnahmen für eine erfolgversprechende Strategie bei der Wiedereingliederung. Hierbei muss nicht eine Vollzeitstelle das Ziel der Rückkehr sein, sondern das überhaupt eine Integration in den Arbeitsmarkt erfolgt. Auch Arbeitgeber sollten wirtschaftliche Anreize und auf Dauer angelegte Beratung und Unterstützung durch qualifizierte Begleiter erhalten, um zukünftig Return to Work-Prozesse zu fördern.

Kedzia et al. (2011) beschäftigten sich in einer Studie mit der *gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Entwicklung von EM-RentenantragstellerInnen* zwei Jahre nachdem ihr Antrag abgelehnt wurde. Dafür verfolgten die AutorInnen Versicherte der Rentenversicherung Westfalen, die 2008 einen Erwerbsminderungsantrag stellten, über zehn Jahre, um deren psychosoziale und sozialmedizinischen Entwicklungen zu dokumentieren. Geprüft werden sollte, ob sich die Versicherten, denen eine EM-Rente gewährt wurde, von erfolglosen AntragstellerInnen unterscheiden und so Aussagen dazu ermöglichen, welche Faktoren eine Rückkehr ins Arbeitsleben begünstigen bzw. erschweren. Dazu wurden im Jahr 2008 und 2010 Fragebögen an 2.375 RentenantragstellerInnen verschickt und die ausgewerteten Daten mit Routinedaten der Rentenversicherung Westfalen (Beitragszeiten, Erwerbsstatus, Bewilligung/Ablehnung) aus den Jahren 2000-2009 verknüpft. Zusätzlich wurden qualitative, leitfadengestützte Interviews geführt. So konnten insgesamt 185 Lebensläufe von Versicherten über den Zeitraum von zehn Jahren quantitativ und qualitativ beschrieben werden. Wegen der großen Datenmenge sind aber auch Aussagen über alle 2.375 Versicherten möglich, die 2008 einen EM-Rentenantrag gestellt haben. Die Ergebnisse zeigen, dass die 2008 oder 2010 berenteten Versicherten sich demographisch nicht von den abgelehnten AntragstellerInnen unterscheiden. Insgesamt schafften, trotz 459 stattgefundenen Rehabilitationsleistungen, nur 7% (n=166) der Stichprobe die Rückkehr in sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse. Dabei gelang der Return to Work vor allem denjenigen, die eine hohe Eigenmotivation und eine Nähe zum Arbeitsmarkt aufwiesen. Während sich zu Beginn der Berentung die Versicherten noch positive Entwicklungen ihrer gesundheitlichen, finanziellen und psychosozialen Lage durch die EM-Rente erhofften (40% erhofften eine insgesamt Verbesserung ihres Lebens), waren sie zwei Jahre danach wesentlich pessimistischer bzw. beurteilen ihr Leben unabhängig vom Rentenstatus schlechter.

Bökel et al. (2018) untersuchten die subjektive Perspektive von EM-RentnerInnen hinsichtlich *ihres Wunsches in das Erwerbsleben zurückzukehren* mittels einer offenen, schriftlichen Befragung von 15.237 RentnerInnen im Alter zwischen 35 bis 60 Jahren am Ende ihrer zeitlich befristeten EM-Rente. Dabei ließ sich feststellen, dass es zu deutlichen Unterschieden bei den Gedanken und Gefühlen der EM-RentnerInnen kommt. Die Autoren weisen darauf hin, dass eine Sensibilisierung auf die emotionale Befindlichkeit aller am Rückkehrprozess beteiligter Akteure die RentnerInnen bei einer Rückkehr ins Arbeitsleben unterstützen könnte.

Sternberg und Bethge (2018) untersuchen *Leistungen zu Teilhabe am Arbeitsleben aus Perspektive der RehabilitandInnen*. Diese Leistungen werden individuell abgestimmt, daher kommt es, durch die Inanspruchnahme mehrerer Einzelleistungen, oft zu sogenannten „Leistungsketten“. Hindernisse für eine berufliche Wiedereingliederung aus Sicht der Betroffenen können gesundheitsbezogene Faktoren, systembedingte Faktoren, fehlende AnsprechpartnerInnen bei den Leistungserbringern oder Kommunikationsschwierigkeiten und Unzufriedenheit mit der Leistung oder der vorhergehenden Beratung sein. Unterstützende Faktoren sind personenbezogene Eigenschaften, wie Eigeninitiative, Motivation, soziale Ressourcen (Ansprechpartner) bzw. ein unterstützendes soziales Umfeld. Besonders psychische erkrankte Personen sind von systeminternen Hindernissen betroffen.

Auch Briest (2018a) betont die *Einschränkungen der sozialen Teilhabe* von vollen oder teilweisen EM-RentnerInnen. Die Autorin untersucht in einer Studie den Zusammenhang zwischen sozioökonomischer und individueller Situation der EM-RentnerInnen und ihrer Motivation zur Rückkehr in das Erwerbsleben. Dabei variierte die Rückkehrmotivation deutlich zwischen den verschiedenen Diagnosegruppen, etwa gaben 43,8% der EM-RentnerInnen mit Kreislauferkrankungen einen starken Rückkehrwunsch an (siehe hierzu auch Lippke et al. 2018), währenddessen diesen nur 27% der psychisch Erkrankten äußerten. Insgesamt nahm die Lebensqualität während des Rentenbezugs ab, eine Ausnahme bildeten dabei die psychisch erkrankten RentnerInnen.

Kaluscha et al. (2018) untersuchten im Rahmen der „Reha-QM-Outcome-Studie“ mit Routinedaten der Rentenversicherung Baden-Württemberg Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bzw. der beruflichen Wiedereingliederung. Die Ergebnisse zeigen, dass je höher die *subjektive Nutzeneinschätzung* der RehabilitandInnen ausfällt, desto geringer das Risiko für eine EM-Berentung ist.

Nach Kobelt et al. (2009) spielen *psychische Erkrankungen* eine zunehmende Rolle bei den Frühberentungen. Dabei nimmt über ein Drittel der Betroffenen vor der EM-Rente nicht an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen teil, auch kehren nur 6% in ein Beschäftigungsverhältnis zurück. Die Autoren stellen die Hypothesen auf, dass auf Grund psychischer Erkrankung Berentete, zwei Jahre nach Renteneintritt immer noch stark gesundheitlich eingeschränkt sind, trotzdem mehr als ein Drittel stark an einer Wiedereingliederung interessiert sei. Dieser Wunsch hänge sehr von der subjektiven Wahrnehmung der eigenen Erkrankung und dem Alter der Betroffenen ab. Um die Hypothesen zu überprüfen, wurde an alle 352 vollen EM-RentnerInnen unter 50 Jahren der Rentenversicherung Braunschweig-Hannover im Jahr 2004 ein Fragebogen zur Symptombelastung, Inkongruenzerleben, Aktivität und Motivation zu einer Wiedereingliederung versandt. Zusätzlich wurden Daten aus dem Versicherungskonto ausgewertet. Bei der Auswertung zeigt sich, dass die Betroffenen insgesamt psychisch stark belastet sind, wobei Frauen ihre Situation als belastender und einschränkender empfinden. Weniger als ein Drittel der EM-RentnerInnen weist Motivation auf, Unterstützungsmaßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung anzunehmen. Die Autoren verweisen darauf, dass die Motivation von der Aktivität im Alltag abhängig ist und interpretieren die Ergebnisse dahingehend, dass eine symptomorientierte Rehabilitation eher nicht zu einer grö-

ßeren Anzahl von Reintegrationen ins Arbeitsleben führt. Dagegen plädieren sie für spezielle Rehabilitations- und Integrationskonzepte, die kontinuierlich auf einen beruflichen Wiedereinstieg vorbereiten. Auch die Deutsche Rentenversicherung (2014) stellt fest, dass nur ein geringer Teil der EM-RentnerInnen mit psychischen Erkrankungen in das Erwerbsleben zurückkehrt. Zumeist *lange Arbeitsloszeiten* vor der Rente und damit einhergehende *berufliche Desintegration* sowie eine daraus resultierende erschwerte Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit werden als Gründe angeführt. Weiter wird eine häufige Verschlechterung des Gesundheitsstaus nach der Gewährung einer EM-Rente beobachtet, der dazu führt, dass zeitlich befristete Renten nicht als Übergangszeit zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, sondern als Zwischenschritt zur entfristeten Rente wahrgenommen werden.

Aus einem etwas anderen Blickwinkel beschäftigten sich Zwingmann und Gehrke (2010) mit der Perspektive der Versicherten. Sie untersuchten einen Selbsteinschätzungsbogen auf seine *Verständlichkeit* (größtenteils offene Fragen) für AntragstellerInnen von medizinischen Rehabilitationen, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Rente auf Grund von Erwerbsminderung. Auf Basis von sechs antragsspezifischen Fokusgruppen mit fünf bis zehn TeilnehmerInnen (drei Gruppen in Baden-Württemberg, drei Gruppen im Rheinland, insgesamt 39 TeilnehmerInnen) hatten 16 einen Antrag auf medizinische Rehabilitation, zwölf einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und elf einen Antrag auf EM-Rente gestellt. In den Fokusgruppen wurde nach dem ersten Eindruck des Fragebogens, dem Layout sowie nach Problemen bei der Beantwortung gefragt. Darauf folgten detaillierte Nachfragen hinsichtlich der Verständlichkeit und möglicher Missverständnisse. Das Ergebnis zeigt, dass der Fragebogen prinzipiell positiv rezipiert wird. Die TeilnehmerInnen bewerten die Möglichkeit der Selbsteinschätzung und deren Verständlichkeit als gut, missverständliche Items konnten angepasst werden. Größere Schwierigkeiten ergaben sich bei den AntragstellerInnen zur Teilhabe am Arbeitsleben und den EM-RentnerInnen, da ihre oftmals speziellen Situationen nicht eindeutig mit den gestellten Fragen übereinstimmten. Die Autoren empfehlen eine weitere Optimierung der Versichertenorientierung bzw. die Erstellung von separaten Bögen für jede Antragsart.

Vonderach (1997) stellt heraus, dass die Beachtung der *individuellen Erwerbsbiographie* und die individuellen Gründe für eine gesundheitsbedingte berufliche Neuorientierung von TeilnehmerInnen beruflicher Rehabilitation in Berufsförderungswerken speziell ins Augenmerk genommen werden sollten. Subjektive lebensgeschichtliche Zielorientierung bei einer Neuorientierung sollten schon bei der Einleitung des Rehabilitationsverfahrens, der Beratung und der Wahl der Rehabilitationsträger beachtet werden, um Fehlentscheidungen, Verzögerungen bei der Integration in den Arbeitsmarkt und Frustrationen der RehabilitandInnen zu vermeiden.

Ähnlich wie im Forschungsstand zur beruflichen Rehabilitation bestehen einige Studien zu Einstellung, Kooperationsbereitschaft und den Erwartungen der TeilnehmerInnen von *medizinischen Rehabilitationsangeboten* bzw. ihren Perspektiven und Erfahrungen nach der Absolvierung einer Rehabilitationsmaßnahme. Die Perspektive der RehabilitandInnen wird als wichtiger Faktor für eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung nach medizinisch-

rehabilitativen Leistungen angesehen und findet daher besondere Aufmerksamkeit. Darüber hinaus können auf diese Weise die speziellen Bedarfe und Gegebenheiten von Zielgruppen, welche einem besonders hohen Risiko von Erwerbsminderung bzw. rehabilitativer Unterversorgung ausgesetzt sind, wie etwa Versicherte mit Migrationshintergrund, herausgearbeitet werden.

In diesem Kontext untersuchten Langbrandtner et al. (2018) die *Versorgungserwartungen von RehabilitandInnen mit türkischem Migrationshintergrund*, um daraus migrationssensible, rehabilitative Versorgungsstrategien abzuleiten. Dazu wurden 28 leitfadengestützte Längsschnittinterviews in drei Phasen des Rehabilitationsprozesses vorgenommen. Vor dem Hintergrund, dass die Versorgungserwartungen heterogen waren, ließ sich feststellen, dass die RehabilitandInnen sich meist eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation, Schmerzlinderung und Erholung erhofften. RehabilitandInnen mit Migrationshintergrund aus der ersten Generation wiesen dabei sehr viel höhere, teils unrealistische Erwartungen auf, wie etwa vollständige Genesung oder Schmerzfreiheit. Geäußert wurde auch der Wunsch nach einer individuellen und intensiveren ärztlichen Betreuung sowie nach einer größeren Menüauswahl. Die Versorgungserwartungen erfüllten sich nicht oder nur teilweise (siehe auch das derzeit laufende Projekt „Rehabilitationsbedarf und -inanspruchnahme bei älteren Erwerbstätigen mit und ohne Migrationshintergrund in der BRD – eine Untersuchung mit der lidA-Kohortenstudie (lidA-DRV)“) (Hasselhorn/Razum 2018).

Berghem (2017) untersuchte die *Erwartungshaltung von RehabilitandInnen mit chronischen Lungenerkrankungen* in Fachkliniken. Es zeigt sich, dass, obwohl knapp drei Viertel der untersuchten RehabilitandInnen RentnerInnen oder EM-RentnerInnen waren, sich 46,5% erhofften durch die Rehabilitationsmaßnahme wieder arbeitsfähig(er) zu werden. Ähnlich wie in der beruflichen Rehabilitation wird auch bei MBOR-Ansätzen der medizinischen Rehabilitation die Perspektive der RehabilitandInnen als wichtige Ressource bei der Wiederherstellung von Erwerbsfähigkeit erkannt. „Patientenschulungen können durch das vorrangige Ansetzen an der Person selbst – ihren Fähig- und Fertigkeiten wie Einstellungen und Copingstrategien – einen wesentlichen Grundstein für die Teilhabeförderung legen.“ (Menzel-Begemann 2013: 509; siehe auch Slesina 2008)

Da der *Lernerfolg von PatientInnenschulungen* ausschlaggebend für die langfristige Wirkung von Rehabilitationsmaßnahmen bzw. die berufliche Wiedereingliederung sein kann, untersuchten Salzwedel et al. (2017) die Prävalenz kognitiver Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf den Schulungserfolg bei PatientInnen mit Koronarer Herzerkrankung bei der kardiologischen Anschlussrehabilitation. Dazu ermittelten sie zwischen 2014 und 2015 in zwei Reha-Kliniken 497 PatientInnen, die sie in ihre prospektive Beobachtungsstudie einschlossen. Die kognitive Leistungsfähigkeit bzw. -defizite wurden zu Beginn und vor Entlassung durch das Montreal Cognitive Assessment erhoben. Das gesundheitsrelevante Wissen wurde in zwei Skalen zu medizinischem und gesundheitsförderndem Lebensstil- und Verhalten abgefragt. Die Analyse des Lernerfolgs nach der Rehabilitation erfolgte mit multivariaten Regressionsmodellen. 182 (36,7%) der untersuchten PatientInnen wiesen zu Beginn eine kognitive Beeinträchtigung auf, bei der Entlassung waren es 163 (32,9%). Insgesamt konnte

das Wissen während der Rehabilitation vermehrt werden, allerdings war bereits sechs Monate nach der Rehabilitation weniger medizinisches Wissen vorhanden, als das Wissen zum Lebensstil, welches stabil blieb. Kognitive Defizite beeinflussten die Wissensaufnahme ebenso wie Vorwissen, Bildungsgrad, Komorbiditäten und Fitness. Die Autoren folgern, dass die kognitive Leistungsfähigkeit den Schulungserfolg wesentlich beeinflusst. Wegen der hohen Zahl (circa ein Drittel) der kognitiv beeinträchtigten RehabilitandInnen, sollten einzelne Schulungsinhalte priorisiert und mit didaktisch geeigneten Prozeduren vermittelt werden.

2.4 Evaluation von Rehabilitationsmaßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung

Die Evaluation von Rehabilitationsmaßnahmen ist ein typisches Beschäftigungsfeld der praxisorientierten Rehabilitationsforschung. Im Kontext des Forschungsstandes zu gelungener Arbeitsmarkt(re)integration werden an dieser Stelle einige Studien aufgeführt, die sich mit den Auswirkungen, also der *erfolgten oder missglückten Rückkehr in das Erwerbsleben*, von rehabilitativen Maßnahmen beschäftigen und sich dabei auf die spezifische Situation von EM-RentnerInnen beziehen.

Ab dem Jahr 2001 sind EM-Renten *grundsätzlich zeitlich befristet*, dies impliziert nach Köckerling et al. (2018), dass von einer Wiedererlangung der Erwerbstätigkeit ausgegangen wird. Im Rahmen einer Scientific Use Untersuchung auf Basis des Datensatzes „Abgeschlossene Rehabilitationen 2006-2013 im Versicherungsverlauf“ des Forschungsdatenzentrums der Deutschen Rentenversicherung Bund untersuchten die Autoren, ob ein Return to Work (RTW) der Versicherten möglich war. Von insgesamt 7.959 Personen mit Potential zur Rückkehr ins Erwerbsleben erreichten zwischen 2007 und 2013 nur 836 Personen ein RTW für mindestens ein Jahr, 220 der EM-RentnerInnen gelang ein RTW in allen sieben Jahren des Untersuchungszeitraums. Dabei erreichen Männer einen RTW häufiger als Frauen, zu dem sind Personen mit RTW im Schnitt sechs Jahre jünger als solche ohne RTW und haben öfter an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilgenommen. Die Autoren vermuten, dass das Potential zur Rückkehr ins Arbeitsleben bei zeitlich befristeten Erwerbsberentungen überschätzt wird und dass eine zielgerichtete, individuelle Unterstützung notwendig für einen erfolgreichen RTW ist.

Neuner et al. (2011) beschäftigen sich mit der Frage, ob ein *kurzfristiger Therapieerfolg* durch Rehabilitationsleistungen auch sein übergeordnetes Ziel, den Erhalt oder die Verzögerung einer Frühberentung, langfristig erreichen kann. Dafür untersuchten sie in der prospektiv-multizentrischen Studie „Prädiktive Validierung von Therapiezielen am Frühberentungsrisiko 3-5 Jahre nach Rehabilitation“ in zehn Kliniken der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg im Jahr 2001 1.362 erwerbsfähige PatientInnen im Alter von 45 bis 57 mit orthopädischer Indikationsstellung. Die Ergebnisse zeigen, dass während der knapp vierjährigen Beobachtungszeit 127 (9,3%) befristete oder unbefristete Erwerbsminderungen auftraten. Die Autoren konstatieren einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen einer besseren Selbsteinschätzung des funktionalen Status und der Schmerzbelastung zum Reha-

Beginn mit dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit. Subjektiv hohe Schmerzbelastung erhöht das Risiko einer EM-Berentung. Eine Schmerzreduktion im Rahmen der Therapie ist ein förderlicher Prognosefaktor bei der Berentungswahrscheinlichkeit, tritt keine Schmerzreduktion ein, besteht ein höheres Frühberentungsrisiko als bei gelungener Schmerzreduktion. Die Autoren folgern, dass bei Patienten mit muskelskeletalen Erkrankungen das subjektive Schmerzempfinden bei Beginn der Rehabilitation und der Erfolg einer Schmerzreduktion Rückschlüsse auf den langfristigen Erhalt der Erwerbsfähigkeit bzw. den Verbleib im Erwerbsleben zulassen.

Mit einem ähnlichen Erkenntnisinteresse analysierte Bethge (2015) die Scientific Use Files „Abgeschlossene Rehabilitationen im Versicherungsverlauf 2002-2009“ des Datenzentrums der Rentenversicherung von Personen im Alter von 18-60 Jahren, die im ersten Halbjahr 2007 eine *orthopädische, kardiologische, onkologische oder psychosomatische* Rehabilitation erhielten. Das Risiko für einen EM-Rentenzugang senkte sich bei RehabilitandInnen, die an einer stufenweisen Wiedereingliederung teilnahmen, um circa 40%. Die stufenweise Wiedereingliederung bewirkt langfristige Effekte hinsichtlich verminderter Erwerbsrentenzugänge und vermehrter sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung.

Dannenmaier et al. (2018) untersuchten Rehabilitationsmaßnahmen bzw. deren Ausbleiben bei *chronischen Rückenschmerzen* auf deren Auswirkungen auf die Arbeitsunfähigkeitsdauer, die Behandlungshäufigkeit, die Kosten für Medikamente, den Erwerbsstatus, die EM-Rentenzugänge und die Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe an Arbeit. Der Versorgungsprozess wurde mit Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung, der Rentenversicherung Baden-Württemberg und der AOK-Baden-Württemberg analysiert. Einbezogen wurde der akutstationäre und niedergelassene Bereich, um bei 18 bis 63-jährigen AOK-Versicherten von 2004 bis 2011 Unterschiede zwischen RehabilitandInnen und UnteranspruchnehmerInnen von Rehabilitationsmaßnahmen herauszuarbeiten. Die Ergebnisse zeigen, dass sich in Bezug zum EM-Rentenzugang kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen feststellen lässt.

Im Forschungsstand werden webbasierte bzw. digitale Instrumente als Chance zur Verbesserung der rehabilitativen Versorgung verhandelt. Allerdings bestehen erst wenige Belege ihrer tatsächlichen Wirksamkeit, weswegen ihre Evaluation besondere Aufmerksamkeit erfährt. Beispielsweise setzten sich Becker et al. (2014) im Projekt „Entwicklung und Evaluation einer indikationsübergreifenden internetbasierten Nachsorgemaßnahme zur Verbesserung der beruflichen Reintegration (GSA-Online)“ damit auseinander, wie das *Internet den Zugang zu Nachsorgemaßnahmen* nach stationären Rehabilitationen verbessern kann. Sie untersuchten die Akzeptanz und Wirksamkeit an beruflich belasteten PatientInnen. Dabei zeigen sich zwischen der Gruppe von PatientInnen, die eine wöchentliche, von einem Onlinetherapeuten kommentierte, Schreibaufgabe absolvierten in Bezug zu der Kontrollgruppe, die Informationen zu gesundheitsrelevanten Thematiken über Broschüren erhielt, sowohl nach der Intervention als auch neun Monate später, keine signifikanten Unterschiede bezüglich des sozialmedizinischen Risikoindexes SIBAR (siehe zu SIBAR auch Bürger/Deck

2009). Allerdings beeinflusste die webbasierte Intervention die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit und die Lebensqualität der PatientInnen.

Ebenfalls mit der Wirksamkeit von webbasierter Versorgung beschäftigten sich Ceynova et al. (2014). Die AutorInnen untersuchten im Projekt „Psychotherapeutische E-Mail-Nachsorge zur Förderung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges von Patienten mit psychischen Erkrankungen am Beispiel von depressiven Erkrankungen“ den *E-Mail-Kontakt* zwischen stationären Behandlern und PatientInnen im Anschluss an eine stationäre verhaltenstherapeutische Behandlung. Mindestens einmal wöchentlich fand zwölf Wochen in Folge der Behandlung ein Kontakt statt, welcher das Ziel hatte, die während der Rehabilitationsmaßnahme erarbeiteten Inhalte anzuwenden und zu vertiefen. Die Evaluation fußte auf einer prospektiven Mehrzeitpunktbefragung zu Beginn der stationären Behandlung, nach deren Beendigung sowie nach Ende der E-Mail-Nachsorge einer Interventions- und Kontrollgruppe. Hinsichtlich methodischer Probleme, wie der geringen Stichprobengröße, der heterogenen Untersuchungsgruppe und eventuellem selektiven Drop-Out, raten die AutorInnen zu einer vorsichtigen Interpretation der Ergebnisse. Knapp ein Viertel der PatientInnen sind zufrieden mit der Email-Nachsorge. Als positiv wurde die „Brückenfunktion“ zwischen stationärer Behandlung und Entlassung in den Alltag wahrgenommen.

2.5 Zusammenfassung und Fazit

Gemäß der interdisziplinären Aufstellung der angewandten Rehabilitationswissenschaften und der multiparadigmatischen Ausrichtung der beforschten Rehabilitationskonzepte und -thematiken, ist der Forschungsstand zur Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen *heterogen und bislang nur unzureichend systematisiert*. Insgesamt lässt sich feststellen, dass nur wenige Studien konkreten Bezug auf die spezifische Situation von EM-RentnerInnen nehmen, sich explizit mit deren rehabilitativen Bedürfnissen bei einem Return to Work-Prozess auseinandersetzen oder einzelne empirische Ergebnisse in einen größeren Kontext verorten. Daher ist es notwendig die (Teil)Ergebnisse einzelner Studien, auch wenn sich diese nicht explizit mit dem EM-Rentengeschehen beschäftigen, auf die Problematik der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen zu beziehen. Als Systematisierung des Forschungsstandes der Rehabilitationswissenschaften eignen sich die Kategorien *Prävention (4.1)*, *medizinische Rehabilitation (4.2)*, *berufliche Rehabilitation (4.3)* und *Evaluation (4.4)* von Rehabilitationsmaßnahmen. Wobei festgehalten werden muss, dass es sich bei dieser Kategorisierung um eine analytische Trennung handelt, die in den Studien oft nicht trennscharf ist. Dies ist hauptsächlich dem Gegenstand „Erwerbsminderungsrente“ geschuldet, dessen Erforschung Bezüge zu den verschiedensten Teilbereichen der Rehabilitationsforschung erfordert.

Bei der Aufarbeitung des Forschungsstandes wird der Konsens deutlich, dass Erwerbsminderung nicht erst bei schon eingetretener Berentung und notwendig gewordener Wiedereingliederung für die EM-Rentenforschung relevant wird, sondern *Präventionsmaßnahmen* als

integralere Bestandteile zur Verhinderung von gesundheitsbezogenem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben verstanden werden müssen. Dementsprechend beschäftigen sich zahlreiche Studien mit der Prävalenz und Prävention von Erwerbsminderung. So stellt beispielsweise Mika (2013) heraus, dass besonders Personen in statusniederen und sozialen Berufen vom Risiko einer Erwerbsminderung bedroht sind (siehe auch Schröer 2016). Grundsätzlich spielt die Vernetzung betrieblicher Akteure mit denen aus dem Gesundheitssystem eine wichtige Rolle bei der frühzeitigen Prävention von Erwerbsunfähigkeit (siehe Spyra 2018, Stapel/Weisenburger 2018). In diesem Kontext wird auch nach Gründen für scheiternde Präventionen und mangelnde Zuführung zu Rehabilitationsangeboten gesucht, welche oft durch fehlende Informationen über Rehabilitationsmaßnahmen seitens der ArbeitnehmerInnen, aber auch der Arbeitgeber, gekennzeichnet sind (siehe Hesse/Walden 2014; Zschucke et al. 2016; Hennemann et al. 2017; Spanier/Bethge 2018). Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) wird dabei als eines der wichtigsten Instrumente zur Verhinderung von langfristiger Erwerbsminderung aufgefasst. Damit wird deutlich, dass sich eine „künstliche“ Trennung von präventiven und rehabilitativen Maßnahmen bei der Arbeitsmarkt(re)integration von erwerbsgeminderten (oder davon bedrohten) Personen nicht aufrechterhalten lässt bzw. diese im Forschungsstand abgelehnt wird (siehe Rehfeld 2006; Niehaus et al. 2008; Kohte 2010; Mehrhoff 2013; Bartel 2018b). Im Kontext der EM-Rente wird vor allem die frühzeitige Minderung oder Verhinderung von Erwerbsunfähigkeit als Mittel der Wahl aufgeführt, welches auch Teil eines Paradigmenwechsels des Grundsatzes von „Reha vor Rente“ hin zu „Prävention vor Rehabilitation“ sein könnte (siehe Gödecker-Geenen et al. 2013). Als ausschlaggebend für das Gelingen von BEM-Maßnahmen wird immer wieder die Kooperation und Konsensbereitschaft aller beteiligten Akteure, also sowohl der betrieblichen Akteure, wie ArbeitnehmerInnen, Arbeitgeber, BetriebsärztInnen, BEM-Beauftragte, als auch der überbetrieblichen Akteure wie den Integrationsämtern, gesetzlichen Krankenversicherungen, gesetzlichen Unfallversicherungen, gesetzlichen Rentenversicherungen und den Servicestellen für Rehabilitationen, betont (siehe Knoche/Sochert 2013; Vater/Niehaus 2013; Lippold/Wögerer 2015). Bemängelt wird ein oft nur unzureichender Zuschnitt der BEM-Maßnahmen auf die individuellen Bedürfnisse der von Erwerbsminderung bedrohten ArbeitnehmerInnen (besonders bei psychisch Erkrankten, siehe Ohlbrecht 2018) sowie fehlende Anpassungen der Maßnahmen an die betrieblichen Rahmenbedingungen (siehe Seel 2013). Ebenfalls im Kontext der Prävention von EM-Renten zu berücksichtigen, ist die Suche nach und Identifikation von Faktoren (etwa durch Screening), welche das frühzeitige Erkennen von EM-Berentungsrisiken bei Versicherten möglich macht und so eine gezielte, möglichst individuelle Intervention ermöglichen soll (siehe Radoschewski et al. 2012; Spanier et al. 2017; Bethge et al. 2018; Richter et al. 2018; Markus et al. 2018).

Der Teil des praxisorientierten rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsstandes, der sich mit der *medizinischen Rehabilitation* beschäftigt, ist im Kontext von Erwerbsminderung aus ähnlichen Gründen relevant wie die Analyse präventiver Maßnahmen. Auch wenn das primäre Ziel von medizinischer Rehabilitation die Verhinderung bzw. Verzögerung von Erwerbsminderung ist, wäre es zu kurz gegriffen die Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen ausschließlich im Aufgabenspektrum der beruflichen Rehabilitation zu veror-

ten. So zeigt ein Forschungsstrang der medizinischen Rehabilitationsforschung deutlich, dass sich die rechtzeitige Teilnahme an medizinischer Rehabilitation senkend auf das Risiko einer EM-Berentung auswirkt. Als Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen werden Hürden in der Antragstellung genannt, die sowohl ein generelles Informationsdefizit über bestehende rehabilitative Leistungen, als aber auch komplizierte und für die AntragstellerInnen intransparente Bewilligungsprozeduren umfasst. Ebenso spielen soziodemographische Faktoren und die Art der Erkrankung eine Rolle. Konsens ist auch, dass ein niedriger sozioökonomischer Status oder psychische (bzw. psychosomatische) Erkrankungen zu einer erhöhten Gefahr einer rehabilitativen Unterversorgung führen (siehe Harling et al. 2010; Weyermann/Neukirch 2016; Herget et al. 2017). Eine besondere Relevanz für die Frage nach der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen hat der Forschungsstrang, der sich mit der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (MBOR) auseinandersetzt. Dieser ist zwar klar innerhalb der medizinischen Rehabilitation zu verorten, bezieht aber sowohl berufsbezogene als auch andere soziale Dimensionen mit in die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit während der Rehabilitationsmaßnahme ein (Slesina 2008). MBOR ist damit ein Ansatz, welcher dem Umstand Rechnung trägt, dass bei der Verhinderung von Erwerbsminderung bzw. der Wiederherstellung von Erwerbsfähigkeit die Übergänge zwischen verschiedenen Rehabilitationskonzepten fließend sind. Dementsprechend werden die Effekte von MBOR im Forschungsstand als positiv hinsichtlich der Arbeitsmarkt(re)integration gewertet (siehe Deutsche Rentenversicherung 2012 u. 2015; Menzel-Bergmann 2013; Kamper et al. 2014; Nieuwenhuisen et al. 2014; Bethge 2017a). Da die stufenweise Wiedereingliederung („Hamburger Modell“) zum einen relevant für die Rückkehr ins Arbeitsleben ist und zum anderen oft während oder nach einer medizinischen Rehabilitation zum Tragen kommt, wird diese Thematik hier ebenfalls vornehmlich im Forschungsstand der medizinischen Rehabilitation verortet. Ähnlich wie bei MBOR-Ansätzen wird ein „verstärkter Arbeitsweltbezug“ (Schwarz 2018: 52) gefordert, um eine nachhaltige Rückkehr in den Beruf zu gewährleisten. Besonders bei psychischen Erkrankungen sollen individuelle, arbeitsplatzbezogene Probleme – die sowohl medizinischer, aber auch psychosozialer Art sein können, wie etwa Ängste oder Kommunikationsschwierigkeiten mit dem sozialen Umfeld – explizit in die Therapiekonzepte einbezogen werden, umso einer erneuten Erkrankung vorzubeugen, langfristig eine EM-Rente zu verhindern und einen nachhaltigen Return to Work zu erzielen (siehe Buschmann-Steinhage/Zollmann 2010; Mernyi et al. 2018).

Die *berufliche Rehabilitationsforschung*, die sich mit der Arbeitsmarkt(re)integration von gesundheitlich eingeschränkten Personen auseinandersetzt ist sicherlich die für die Frage nach der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen relevanteste. Es bestehen zwar einige Studien, die sich explizit mit der beruflichen Wiedereingliederung von EM-RentnerInnen beschäftigen, trotzdem nimmt dieser Forschungsstrang innerhalb der beruflichen Rehabilitationsforschung bisher eine – in Hinblick auf den Stellenwert der Thematik seitens der Sozialpolitik und der Sozialversicherungsträger – auffällig randständige Position ein. Spezifisch für die Studien zur beruflicher Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von EM-RentnerInnen ist, dass der Fokus auf die lebensweltliche Situation der Versicherten und eine Abstimmung der rehabilitativen Leistungen auf die individuellen Bedürfnisse der Versi-

cherten gelegt wird (Schwarze et al. 2014; siehe auch Zschucke et al. 2017; Bökel et al. 2018; Briest 2018a). Einbezogen in die Studien werden eine Vielzahl von Akteuren, wie potentielle Arbeitgeber auf dem ersten Arbeitsmarkt, Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, berufliche Trainingszentren, Berufsförderungswerke, Berufsbildungswerke, Integrationsämter, Integrationsfachdienste, Integrationsprojekte und Rehabilitationseinrichtungen (siehe Stengler et al. 2014; Hagen/Himmelreicher 2014). Dabei wird, neben der Beachtung der medizinisch-funktionellen Defizite der Betroffenen, die Rückkehr in das Erwerbsleben als von zahlreichen sozialen Faktoren abhängiges Ziel verstanden, welche die Studien folglich berücksichtigen. Aufgrund des erst gering ausdifferenzierten Forschungsstandes wird vor allem qualitativ-explorativ nach förderlichen und hemmenden Faktoren für die Arbeitsmarkt(re)integration gesucht, um diese in (Modell)Projekten für (vor allem zeitlich befristete oder teilweise) EM-RentnerInnen zu berücksichtigen (siehe besonders das Modellprojekt „Wiedereingliederung erwerbsgeminderter Rentner und Rentnerinnen ins Arbeitsleben“ (WeRA); siehe auch Ohlbrecht et al. 2018; Abschnitt 2.3). Als hinderlich für eine Rückkehr ins Erwerbsleben wird ausdrücklich eine mangelnde Rückkehrmotivation der EM-RentnerInnen beschrieben. Diese kann vielerlei individuelle oder strukturelle Gründe haben, wie etwa die Angst dem Konkurrenzdruck auf dem Arbeitsmarkt nicht gewachsen zu sein, eine ökonomische Unsicherheit, eine Unvereinbarkeit mit familiärer Organisation (Kinderbetreuung) oder die derzeitige, nicht-aktivierende bzw. motivationshemmende Rechtsprechung zum verschlossenen Teilzeitarbeitsmarkt, Regelungen zu Zuverdiensten (siehe ausführlich Abschnitt 3 und 5.4) und die mangelnde Flexibilität bei der Ausgestaltung von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Auch mangelnde Informationen zu rehabilitativen Angeboten und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wirken sich negativ aus und werden als weitverbreitet und problematisch benannt. Als förderliche Faktoren werden vor allem ein junges Alter der EM-RentnerInnen und eine kurze Bezugsdauer der EM-Rente festgestellt. Zusätzlich weisen Frauen und Versicherte mit höheren Schulabschlüssen eine ausgeprägtere Rückkehrmotivation auf (siehe Kobelt 2009, 2013; Kunze/Benöhr 2013; Neumann et al. 2018; Sternberg/Bethge 2018). Die berufliche (Re)Integration von EM-RentnerInnen mit psychischen Erkrankungen wird auf Grund der zunehmenden Rentenneuzugänge und der Chronifizierungsraten dieser Diagnosegruppe besonders beachtet (siehe Deutsche Rentenversicherung 2014; Stengler et al. 2014; Briest 2018a). Diese Gruppe ist zudem besonders von rehabilitativer Unterversorgung betroffen und benötigt speziell auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Wiedereingliederungskonzepte (siehe Kobelt 2009 u. 2013; Jäckel 2014; Schwarze 2014). Immer wieder benannt wird die oft prekäre finanzielle Situation von EM-RentnerInnen und deren Auswirkung auf die Rückkehrmotivation. Festgestellt wird, dass einige EM-RentnerInnen die Sicherheit einer, teils aufwändig beantragten, EM-Rente dem ungewissen Ausgang eines beruflichen Wiedereinstiegs vorziehen. Dies bestätigt Ergebnisse, die zeigen, dass eine berufliche Neuorientierung bei der derzeitigen Rechtslage als ökonomisch (zu) riskant wahrgenommen wird (siehe Kunze/Benöhr 2013). Bemerkenswert ist, dass von einer sehr geringen Quote geglückter Wiedereinstiege (6%) (Kobelt et al. 2009) ausgegangen wird. Demgegenüber äußerten fast die Hälfte aller EM-RentnerInnen konkrete Absichten, ins Erwerbsleben zurückkehren zu wollen (Zschucke et al. 2017: 3; siehe auch Lippke et al. 2018). Ob dies an einer „Intention-

Verhalten-Lücke“, einem Verbleib in der Berentung aus zwingenden gesundheitlichen Gründen oder an mangelnden LTA-Angeboten liegt, muss beim derzeitigen Forschungsstand offenbleiben (siehe Kobelt 2009 et al.; Kedezia et al. 2011; Zschucke et al. 2017; Lippke et al. 2018). Die retrospektive Analyse von Einzelfällen unter besonderer Berücksichtigung der subjektiven Wahrnehmung der EM-RentnerInnen wird als großes Potential angesehen, um den Prozess der zur EM-Rente führt, bzw. aus dieser auch wieder hinaus, zu untersuchen. Daher sind zentrale Ziele der gesichteten Studien folgenreiche Passagen einer „Erwerbsminderungskarriere“ zu erkennen sowie Fehler und Erfolge bei der Verhinderung von Erwerbsunfähigkeit bzw. der beruflichen Wiedereingliederung zu identifizieren (siehe Schian et al. 2004; Kardorff 2018a). Demgemäß beschäftigen sich die meisten der Studien, die explizit die Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen thematisieren, auch mit der subjektiven Perspektive der Betroffenen. Als beispielhaft für diesen Forschungsstrang ist die Studie „Befristete EM-Rente und Rückkehr in das Erwerbsleben: Themen und Erwartungen von EM-RentnerInnen“ (BERATER)“ zu nennen. Als Motive für einen beruflichen Wiedereinstieg werden monetäre Interessen und soziale Teilhabe, wie Gebrauchtwerten, soziale Kontakte und Anerkennung herausgestellt. Subjektiv wahrgenommene gesundheitsbezogene Barrieren, die der Integration in den Arbeitsmarkt entgegenstehen, sind Ängste, Depressionen, chronische Schmerzen, eine geringe Belastbarkeit oder Adipositas. Hindernisse für eine Integration auf den ersten Arbeitsmarkt seien, so die Befragten, auch die mangelnde Bereitschaft von Arbeitgebern sich auf eine erwartete schwankende Leistungsfähigkeit und geringere Belastbarkeit als unternehmerisches Risiko einzulassen (Zschucke et al. 2017; siehe auch Kedzia et al. 2011).

Die *Evaluation von Rehabilitationskonzepten* mit Bezug auf die Arbeitsmarkt(re)integration von erwerbsgeminderten oder von Erwerbsminderung bedrohten Personen lässt vermuten, dass eine bedarfsgerechte, individuelle Unterstützung förderlich für den Erhalt oder die Wiedererlangung einer Beschäftigung sind (siehe Bethge 2015; Köckerling et al. 2018).

Ansätze die bisher in ihren Themen und Konzepten noch eher getrennten Bereiche der medizinischen und beruflichen Rehabilitationsforschung stärker zu verknüpfen, basieren auf der mittlerweile in den Rehabilitationswissenschaften geteilten Auffassungen, dass sich die Phänomene „Erwerbsminderung“ und „Arbeitsmarkt(re)integration“ nur durch einen „ganzheitlichen Ansatz“ verstehen lassen (siehe Müller-Fahrnow et al. 2005). Das heißt, dass die bloße Beschäftigung mit der Therapie medizinischer Dysfunktionen ebenso wenig greift, wie erst nach dem Eintreten der Erwerbsunfähigkeit vorgenommene Maßnahmen nach dem Teilhabegebot. Bisher schlägt sich diese Erkenntnis aber nur bedingt in der Entwicklung von Maßnahmen und Forschungsprojekten nieder, in denen die Übergänge zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation zwar fließend sind, aber trotzdem meist entweder eine medizinisch-klinische oder eine beruflich-soziale Perspektive die jeweils andere dominiert. Dies gilt sowohl für Rehabilitationskonzepte als auch für die Konzeption der rehabilitationswissenschaftlichen Studien und ihrer Ergebnisinterpretationen. Ein Forschungsdesiderat ist daher sicherlich die wechselseitigen Stärken der beiden Forschungsstränge aufeinander zu beziehen und so eine noch *fokussiertere „intradisziplinäre“ Zusammenarbeit* zu fördern. Die

medizinisch orientierte Rehabilitationsforschung hat durch ihre methodische, quantitative Prägung eine starke Aussagekraft in der Deskription der Prävalenz von Erwerbsminderung bzw. der Identifikation von Risikogruppen, aktuellen Entwicklungen im EM-Rentengeschehen und der Evaluation von Rehabilitationskonzepten. Eine Stärke der quantitativen Forschung ist auch die präzise, detaillierte Erfassung von speziellen Thematiken, wie einzelnen Diagnosgruppen sowie regionalen oder konzeptuellen Spezifika von Rehabilitationsmaßnahmen. Die stärker interpretativ-qualitativ ausgerichtete, berufliche Rehabilitationsforschung kann hingegen die Lebenswelt der EM-RentnerInnen und die, für die Arbeitsmarkt(re)integration relevanten sozialen Dimensionen und Kontextbedingungen besser fassen. Potential zur gegenseitigen Erweiterung der Perspektiven besteht auch darin, dass die qualitativ-explorativen Ergebnisse der beruflichen Rehabilitationsforschung von der quantitativen Forschung hinsichtlich ihrer Verallgemeinerungsfähigkeit geprüft bzw. die quantitativ operationalisierten Forschungsdesigns um neue Aspekte bereichern könnten. Ebenso könnten auch (vermehrt) „qualitative“ Tiefenbohrungen im Nachgang von auf der quantitativ-deskriptiven Ebene festgestellten gegenwärtigen Entwicklungen vorgenommen werden, etwa zu den Gründen des festgestellten Anstiegs der psychischen Erkrankungen im EM-Rentengeschehen. Durch eine verstärkte Integration der beiden Perspektiven – wobei noch einmal darauf hingewiesen werden muss, dass auch zurzeit durchaus schon Querbezüge und wechselseitige Wahrnehmungen zu finden sind – könnten vor allem die bisher eher einzeln wirkenden, empirischen Ergebnisse aufeinander bezogen und theoretisch verdichtet werden, was die Voraussetzung für eine progressive Weiterentwicklung des Forschungsstandes ist.

Als Forschungsdesiderate benannt werden außerdem die bisher fehlende Beachtung von sozialen Ursachen und regionalen Effekten bei der Entstehung von chronischen Erkrankungen bzw. deren mangelnder Einbeziehung in Präventionsansätze zur Vermeidung von Frühberentungen (siehe Hagen 2014; Hagen/Himmelreicher 2014; siehe auch Brüssig 2012; Bethge 2017a: 429). Um auch langjährige EM-RentnerInnen mit komplexen psychosozialen Problematiken mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erreichen, wird die vermehrte Berücksichtigung von spezifischen Bedarfen und bedarfsorientierten Konzepten („Sonderkonzepten“) als zukünftige Aufgabe des Sozialversicherungssystems thematisiert (siehe Schwarze et al. 2014). Besonders zu diesem Punkt liefern die Ergebnisse von Modellprojekten einen Erkenntnisgewinn.

3. Sozialrechtliche, -politische und ökonomische Arbeiten zu EM-Rente und Arbeitsmarktintegration

Klar von dem rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsstand abgrenzbar sind sozialrechtliche, -politische sowie ökonomische Arbeiten zur Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen. Diese beschäftigen sich vorwiegend aus einer *makrostrukturellen Perspektive* mit (EM-)rentenrelevanten demographischen Entwicklungen, der allgemeinen Arbeitsmarktlage und Auswirkungen von Reformen der sozialen Sicherungssysteme auf die Situation von EM-RentnerInnen. Anders als beim rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsstand stehen nicht konkrete Maßnahmen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt im Fokus, sondern die generellen sozialpolitischen, (versicherungs)rechtlichen und volkswirtschaftlichen Rahmenbedingungen, welche die Aus- oder Eingliederung von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen in das Erwerbsleben beeinflussen.

Für die Frage nach der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen ist diese Perspektive hochgradig relevant, da sie grundlegende rechtliche und ökonomische Potentiale und Hindernisse thematisiert, welche die Konzeption von nachhaltigen Sicherungsleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen bedingen. Spezifikum des Forschungsstandes ist eine, teils normative, aber durchaus kritische geführte, Diskussion um die derzeitige sozioökonomische Situation von EM-RentnerInnen aus Sicht der sozialen Teilhabe. Demzufolge befasst sich der sozialrechtliche, -politische und ökonomische Forschungsstand verstärkt mit der *Leistungsseite der EM-Rente*. Diskutiert werden vorrangig Themen hinsichtlich der Funktion der materiellen (Mindest)Sicherung. Dabei nehmen einige Arbeiten Bezug auf makrostrukturelle Faktoren der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen, wie der Arbeitsmarktsituation älterer (oft erwerbsgeminderter) Personen, der Mitwirkungspflicht von Arbeitgebern an gesundheitlicher Prävention und Wiedereingliederung, der Praxis der Vergabe von „Arbeitsmarktrenten“ und Zielkonflikten im Sozialsystem (siehe auch Abschnitt 5.4). Im Vergleich zum rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsstand wird dabei oft die Spannung zwischen dem gesetzlich garantierten Recht auf Teilhabe und der Absicherung im Falle von Erwerbslosigkeit des einzelnen Versicherten mit der Finanzierungsproblematik der sozialen Sicherungssysteme aufgegriffen. Damit verbunden ist die Auseinandersetzung mit dem Spannungsverhältnis der (teilweisen) Unvereinbarkeit einer armutsvermeidenden Absicherung von bedürftigen EM-RentnerInnen als sozialstaatlicher Aufgabe, bei gleichzeitiger Verhinderung von „falschen“ Anreizen beim Zugang zur EM-Rente, nicht tragbaren finanziellen Belastungen für die sozialen Sicherungssysteme und dem Missbrauch beim Bezug von Leistungen. Ebenfalls prominent im Forschungsstand vertreten ist die Diskussion darum, inwieweit aus einem sozialstaatlichen Grundverständnis heraus eine gesonderte Stellung von gesundheitlich beeinträchtigten ArbeitnehmerInnen hervorgeht, und wie sich dieses zu anderen Bereichen des Sozialsystems, etwa der Gleichstellung von Menschen mit Behinderung, verhält. Es ergeben sich zahlreiche offene Fragen, sowohl zu den versicherungsrechtlichen Regelungen und Voraussetzungen beim Zugang zur EM-Rente und der Höhe des Rentenniveaus als aber auch, ob erwerbsgeminderte Personen eine ausreichende Unterstützung bei ihrer (Re)Integration in den Arbeitsmarkt erhalten. Ebenso wird sich damit auseinanderge-

setzt, wie Anreize zum Verbleib bzw. zur Rückkehr in das Erwerbsleben auf politischer und sozialrechtlicher Ebene gesetzt werden können. Dabei formulieren die ausgewerteten Arbeiten, neben der Analyse der gegenwärtigen Situation, meist auch konkrete Handlungs- und Reformvorschläge. Diese reichen von Empfehlungen zur Abschaffung von Abschlägen auf die Altersrente bei vorherigem EM-Rentenbezug oder der Flexibilisierung von Zuverdienstregelungen als Motivation zur (Re)Integration in den Arbeitsmarkt bis hin zur generellen Diskussion darüber, welche Stellen des Sozialstaates primär für die Absicherung von Erwerbsminderung zuständig sind bzw. ob diese Aufgabe sogar aus dem Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherung herausgelöst werden sollte.

Im Folgenden wird der Forschungsstand entlang der drei gebildeten Kategorien *sozialrechtliche* (3.1), *sozialpolitische* (3.2) sowie *ökonomische Perspektiven* (3.3) auf Erwerbsminderung(srente) systematisiert. Wie auch beim rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsstand wurden besonders Studien berücksichtigt, die in den Kontext der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen einzuordnen sind. Dabei überschneiden sich die ausgewerteten Studien teils hinsichtlich der disziplinären Zuordnung, was besonders für reformorientierte Beiträge des sozialrechtlichen und -politischen Forschungsstandes gilt.

3.1 Sozialrechtliche Arbeiten

Sozialrechtliche Arbeiten und Studien setzen sich mit versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für den Bezug einer EM-Rente und deren Kopplung mit anderen sozialstaatlichen Institutionen auseinander (siehe exemplarisch Welti/Groskreutz 2013; Schuler-Harms 2018). Besondere Aufmerksamkeit richtet sich auf das *Verhältnis der EM-Rente zur Altersrente* (z.B. die für die EM-Rente problematische Hinwendung zum drei Säulenmodell) bzw. zu Leistungen der Grundsicherung. Umfänglich thematisiert wird auch die rechtlich verbürgte soziale Teilhabe von auf Grund gesundheitlicher Beeinträchtigungen erwerbsgeminderten Personen bzw. der mangelnden Umsetzung des Rechts auf soziale Teilhabe bei dieser Personengruppe. Damit verbunden ist Kritik an der Höhe des EM-Rentenniveaus und eine intensive Auseinandersetzung mit der Frage, ob die materielle Lage von EM-RentnerInnen in ihrer derzeitigen Form sozial gerecht ist. Diskutiert wird grundsätzlich, welche Funktion die EM-Rente im Sozialsicherungssystem einnehmen soll und welche Versorgungsansprüche sich für erwerbsgeminderte Personen aus der bisherigen Rechtsprechung ableiten lassen. Gegenstand der Forschung ist auch, ob das Recht auf Teilhabe an Arbeit im derzeitigen Umgang mit Erwerbsminderung(srentnerInnen) ausreichend Berücksichtigung findet (siehe Schäfers et al. 2018). Daran anschließend identifizieren sozialrechtliche Arbeiten Reformbedarfe und entwickeln konkrete Reformvorschläge zur Verbesserung der rechtlichen Situation von erwerbsgeminderten Personen (siehe Abschnitt 5.5). Der Forschungsstand umfasst allerdings auch den internationalen Vergleich zwischen Arbeits- und Sozialordnungen, wie etwa den Regelungen der sozialen Sicherung in Deutschland, den Niederlanden und Finnland (siehe Bogedan/Rasner 2008; Mittag/Welti 2017; siehe Abschnitt 5.7).

In einer grundlegenden Arbeit beschäftigen sich Welti und Groskreutz (2013) *mit dem sozialen Recht zum Ausgleich von Erwerbsminderung* und bemängeln die randständige Stellung des Themas „EM-Rente“ in Politik und Wissenschaft. Die Autoren erarbeiten Reformoptionen bezüglich der Prävention, Rehabilitation und der sozialen Sicherung bei Erwerbsminderung. Ausgangspunkte derartiger Reformanstöße sind, den Autoren nach, die Definition und Zielsetzung der sozialrechtlichen Sicherung bei Erwerbsminderung. Dabei wecke die Bezeichnung „Rente“ bei Erwerbsminderung falsche Assoziationen bezüglich einer Dauerleistung, die sich nach den bisherigen Einzahlungen richte. Angebracht sei ein Begriff wie „Erwerbsminderungsgeld“, der sich an der Definition des Risikos des Ausfalls eines Erwerbseinkommens und einer Einschränkung der Teilhabe am Arbeitsleben orientiert. Hintergrund dieser Feststellung steht unter anderem die Bewertung, dass die sozialpolitische Bedeutung der EM-Rente zu überdenken sei. Während die Rentenversicherung historisch das Lebensrisiko „Invalidität“ abdecken sollte, stehen heute die Altersrenten im Mittelpunkt des rentenpolitischen Fokus (siehe auch Viebrok 2004; Rische 2010). Demgemäß wird Erwerbsminderung nicht als eigenständiges Risiko behandelt, welches auch schon früh im Leben eintreten – allerdings auch wieder reversibel sein – kann, sondern als vorgezogene Altersrente verstanden. Problematisch dabei ist, dass sich daher die Diskussion um die Rentenhöhe und andere Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung meist auf die Lebensphase Alter beschränkt. Dies hat zur Folge, dass die spezifischen Bedürfnisse und Rechte von EM-RentnerInnen zu wenig Beachtung finden. Die Autoren stellen dementsprechend fest, dass bisherige Rentenreformen und sozialpolitische Ansätze nicht an den spezifischen Lebenslagen erwerbsgeminderter Personen ausgerichtet sind. Sie fassen zusammen, dass die aktuelle Armutspolitik sich vor allem auf die vorübergehende Notlage bei Arbeitslosigkeit bezieht, bei der eine knappe Sicherung auch als Motivation zur erneuten Arbeitsaufnahme dient. Die Behindertenpolitik fokussiert in der Diskussion um das Bundesteilhabegesetz eher Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und nicht die allgemeine Sicherung des Lebensunterhaltes. Auch in der Arbeitspolitik, so die Autoren, gäbe es bisher nur eine unzureichende Diskussion um die Bedeutung gesundheitlicher Einschränkungen als Grund für Arbeitslosigkeit. So richten beispielsweise auch die Bundesagentur für Arbeit und die Jobcenter ihre Maßnahmen nicht unmittelbar zur Prävention von Erwerbsminderung aus. Die betriebliche Arbeitspolitik erkennt zwar die Bedeutung des Themas Gesundheit, richtet ihre Maßnahmen, wie zum Beispiel das BEM, aber an ArbeitnehmerInnen aus und nicht an bereits aus dem Arbeitsmarkt ausgeschiedenen Personen, die wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden müssen. Die Gesundheitspolitik versteht Prävention eher als allgemeine Gesundheitsförderung, anstatt als gezielte Verhinderung von Erwerbsminderung, ebenso ist in diesem Verständnis Rehabilitation eher eine Phase der Krankheitsbewältigung und keine eigenständige Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben. Für die Rehabilitationspolitik ist Prävention von Erwerbsminderung zwar das vorrangige Ziel der medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen und es wird erkannt, dass eine Deckelung des Rehabilitationsbudgets problematisch ist, allerdings sind Zugang, Verfahren und Leistungen, bezüglich ihrer Eignung Erwerbsfähigkeit zu erhalten und/oder wiederherzustellen, nicht hinreichend evaluiert. Die Autoren stellen resümierend in Bezug auf die Berücksichtigung der spezifischen, oft prekären Lage von erwerbsgeminderten Personen fest: „Es bedarf noch einer gemeinsamen Strategie, damit aus

der segmentierten Sozialpolitik und Sozialgesetzgebung ein Ganzes wird.“ (Welt/Groskreutz 2013: 88). Im Weiteren konstatieren die Autoren, dass verfassungsrechtlich die Sicherung des Erwerbsminderungsrisikos zu der Verantwortung des Rechtsstaates zu zählen ist. Dabei ist aber nicht nur eine Abdeckung des Existenzminimums geboten, wie etwa in der Fürsorge, sondern eine darüberhinausgehende Sicherung. Die Autoren sehen das Ziel des Abstandsgebotes zwischen Versicherungs- und Fürsorgeanspruch bei der EM-Rente mit einer durchschnittlichen Höhe von 700 Euro als gefährdet an. Zusätzlich ist auch der Abstand zu dem Rentenniveau der Altersrente bedenklich: „Wenn anerkannt ist, dass der Sicherungsbedarf im Alter und bei Erwerbsminderung vergleichbar ist, so werden die Unterschiede im Leistungsniveau zwischen beiden Risiken begründungsbedürftig.“ (Welti/Groskreutz 2013: 89) Hinsichtlich der Prävention, der Rehabilitation, den Zugangsvoraussetzungen und der Leistungshöhe attestieren die Autoren, vor dem Hintergrund ihrer Ausführungen, eindeutigen Reformbedarf. Besonders das BEM sollte als Präventionsmaßnahme weiterentwickelt werden. Um eine frühzeitige Prävention zu gewährleisten, schlagen die Autoren eine betriebliche Regelung unter Anwendung von Integrationsvereinbarungen vor. Wenn in Betrieben kein Betriebsrat vorhanden ist, wäre zu klären, ob eine obligatorische Beteiligung der Rentenversicherung sinnvoll ist. Darüber hinaus sollte das BEM mit Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung verknüpft werden. Falls wegen einer Behinderung nicht mehr am alten Arbeitsplatz gearbeitet werden kann, wird demnach ein Anspruch auf Anpassung der Qualifikation, den Übergang innerhalb des Betriebes oder in ein anderes Arbeitsverhältnis benötigt. Das BEM sollte im Weiteren um ein „Übergangsmanagement“ ergänzt werden. Auch die Vernachlässigung von Arbeitslosen bezüglich Prävention und Rehabilitation von Erwerbsminderung könnte durch konkrete Zuständigkeiten der Renten- und Krankenversicherung verbessert werden. Zusätzlich sollten die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen beim Zugang zur EM-Rente geprüft werden. Da es sich bei der EM-Rente um eine Risikoversicherung handelt, schlagen die Autoren eine Diskussion um die Verkürzung oder Abschaffung der Vorversicherungszeiten vor. Auch die Verfahren beim Zugang zur EM-Rente müssten schneller und transparenter werden, um zügiger Rehabilitationen einleiten zu können und so die Rückkehr in Arbeit zu fokussieren. Um den Lebensstandard bei Erwerbsunfähigkeit sichern zu können, wäre eine Höhe der EM-Rente von 67% (ähnlich dem Arbeitslosengeld) des ehemaligen Einkommens angebracht. Die Autoren erwähnen die Möglichkeit, die EM-Rente in die Grundsicherung zu integrieren und die Zurechnungszeit an das steigende Renteneintrittsalter anzupassen. Im Resümee sehen die Autoren grundlegenden Reformbedarf: „Ansonsten kann das Rentenversicherungsrecht – jedenfalls bei der Sicherung von Erwerbsminderung – mit einem sehr alten Computerprogramm verglichen werden. Ein Update ist nicht mehr ausreichend und eine Neuprogrammierung wäre besser.“ (Welt/Groskreutz 2013: 3)

Die *Zugangssteuerung in EM-Renten* wird durch die Vielzahl der daran beteiligten Sozialleistungsträger bzw. des „gegliederten Systems“ (Aurich-Beerheide et al. 2018: 12) als rechtlich hochgradig komplex beschrieben, was die alltagspraktische, sozialrechtliche Verwaltung von Erwerbsminderung deutlich erschwert. Aurich-Beerheide et al. (2018: 11) formulieren „die Annahme, dass die beteiligten Institutionen Kriterien haben, anhand derer sie die Leistungsfähigkeit beurteilen und auf diese Weise den Zugang in Erwerbsminderungsrenten steuern.“

Die AutorInnen arbeiten durch einen historischen Vergleich heraus, dass seit der Reform des EM-Rentenrechts von 2001 lediglich die „abstrakte Arbeitskraft“ versichert ist. Dabei handelt es sich bei der EM-Rente um eine Kompensation einer in Stunden gemessenen Erwerbsfähigkeit und nicht mehr einen Ersatz der Minderung des erzielbaren Erwerbseinkommens. „Anders als bei der Einführung der „Invalidenrente“ im Jahr 1889 sichert die Erwerbsminderungsrente heute nicht die Unfähigkeit bzw. Minderung der Fähigkeit, einem Erwerb nachzugehen – also ein Einkommen aus Arbeit zu erzielen –, sondern sichert nur mehr den Verlust der Fähigkeit, eine regelmäßige Beschäftigung ausüben zu können.“ (Aurich-Beerheide et al. 2018: 11). Die starke Verrechtlichung des Zugangs zu dieser Absicherung ist, so die AutorInnen, dadurch begründet, dass persönliche und versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sein müssen. Dabei sind an der Beurteilung bzw. dem Zugangsprozedere zahlreiche Stellen mit einer deutlichen Arbeitsteilung beschäftigt. Aurich-Beerheide et al. (2018) stellen fest, dass ein „Re-Arrangement der Sozialleistungsträger“ hinsichtlich der effektiveren Feststellung einer EM-Rente zwar sinnvoll, allerdings „schwer vorstellbar“ ist. Die Folgen von zurzeit intransparenten sozialrechtlichen Zuständigkeiten können sowohl prekäre Lebenssituationen der Betroffenen als auch verringerte Chancen auf Teilhabe am Arbeitsleben sein (siehe auch Knuth 2014).

Ein Forschungsstrang der sozialrechtlichen EM-Rentenforschung vergleicht die soziale Sicherung bei Erwerbsminderung in Deutschland mit den Regelungen in den europäischen Nachbarstaaten. Auf diese Weise können einerseits erfolgreiche Modelle auf ihre Übertragbarkeit in das deutsche System der sozialen Sicherung geprüft werden und andererseits durch den Vergleich Spezifika der verschiedenen Regelungen herausgearbeitet werden (siehe ausführlich Abschnitt 5.7). Exemplarisch für dieses Vorgehen ist der Vergleich der Gesetzgebung zur sozialen Sicherung und beruflichen Wiedereingliederung von erwerbsgeminderten Personen in *Deutschland mit den Niederlanden und Finnland* von Mittag und Welti (2017). In diesem Rahmen referieren und bewerten die Autoren die rechtlichen Regelungen zum Umgang mit Erwerbsminderung in Deutschland, welche an dieser Stelle ausgeführt werden (siehe zum Vergleich mit den Niederlanden und Finnland Abschnitt 5.7). Die Autoren führen aus, dass in Deutschland im Krankheitsfall zuerst eine sechswöchige Entgeltfortzahlung gilt (§ 3 EFZG), danach zahlt die Krankenversicherung bis zu 72 Wochen ein 70% Krankengeld (§§ 44-51 SGB V). Die Arbeitgeber sind verpflichtet, zum Arbeitsschutz und zur Unfallverhütung, Betriebsärzte zu bestellen (§§ 2 und 3 ASiG), welche im Krankheitsfall auch ein BEM einleiten können. In Bezug auf das Erwerbsminderungsrisiko in Deutschland führen die Autoren aus, dass dieses traditionell bei der gesetzlichen Rentenversicherung angesiedelt ist, mit der Ausnahme von Arbeits- oder Wegeunfällen, die in den Zuständigkeitsbereich der Unfallversicherung fallen. Nach dem Paradigma „Reha vor Rente“ (§ 8 SGB IX; § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VI) sollen die Träger der Rentenversicherung vor einer EM-Berentung prüfen, ob die Berentung durch eine Rehabilitationsmaßnahme verhindert oder verzögert werden kann. Die Autoren merken allerdings kritisch an, dass in den letzten fünf Jahren bei über 40% der EM-Rentenzugänge vor der Berentung keine Rehabilitationsmaßnahme vorgenommen wurde. Außerdem sollen EM-Renten in der Regel befristet werden (§ 102 Abs. 2 SGB VI), jedoch gehe die Verwaltungspraxis der Rentenversicherung eher von

dem Prinzip „einmal Rente, immer Rente“ aus. Ebenso würden die Versicherten tendenziell von einer endgültigen Lösung ausgehen, was mit dem Begriff „Rente“, der eher eine Assoziation von „Ruhestand“, als einer „vorrübergehenden Sozialleistung“ wecke, zusammenhängen könnte. Kritisch werden auch die gesetzlichen Anreize für betriebliche Wiedereingliederungen von Langzeit erkrankten ArbeitnehmerInnen dargestellt: Zum einem endet die Pflicht der Entgeltfortzahlung der Arbeitgeber bereits nach sechs Wochen und Kleinbetriebe (mit weniger als 31 Beschäftigten) werden durch eine Umlage entlastet (§ 1 AAG). Zum anderen bestehen zwar Pflichten zur Umsetzung des BEMs, allerdings drohen nur wenige Sanktionen bei Nicht-Einhaltung dieser Pflicht, auch ein vom Gesetzgeber vorgesehenes „Bonus-System“ (§ 84 Abs. 3 SGB IX) ist nicht effektiv. Positiv wird bemerkt, dass Rehabilitationsträger und Integrationsämter die Betriebe beim BEM unterstützen. Als nachteilig für die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben werden die gesetzlichen Regelungen bezüglich der eingeschränkten Zuverdienstmöglichkeiten der EM-RentnerInnen angeführt.

Ebenfalls eine international vergleichende Perspektive nimmt Dittmann (2018b) ein. Er betrachtet aus sozialrechtlicher Perspektive die *prognostizierte Abnahme von Personen im erwerbsfähigen Alter*, die Tendenz zu früheren Berentungen und dem daraus resultierenden Fachkräftemangel im Vergleich zwischen Österreich und Deutschland und arbeitet so die Potentiale und Hindernisse zur Arbeitsmarkt(re)integration der jeweiligen Systeme heraus. Um auf die prognostizierten Entwicklungen zu reagieren, erlaubt das deutsche Sozialrecht die schrittweise Rückkehr an den Arbeitsplatz im Krankheitsfall durch stufenweise Wiedereingliederung (§28 SGB IX, ab 1. Januar 2018 § 44 SGB IX). Das österreichische Recht löst das Problem über die Möglichkeit der ArbeitnehmerInnen, nach einer sechswöchigen Krankenzzeit, eine Wiedereingliederungsteilzeit auszuüben (§13a AVRAG). In Deutschland sind durch die sozialrechtliche Norm bei der stufenweisen Wiedereingliederung hauptsächlich Akteure aus der medizinischen Rehabilitation für die rehabilitative Hauptleistung zuständig, diese ist jedoch gesetzlich nicht genauer definiert. Das macht den Abschluss einer Wiedereingliederungsvereinbarung zwischen Arbeitgebern und ArbeitnehmerInnen notwendig. Die soziale Absicherung erfolgt dann je nach Art der Vereinbarung durch 1) die Zahlung eines Arbeitsentgeltes, 2) die Kostenübernahme durch die Rehabilitationsträger (Kranken-, Verletzten- oder Übergangsgeld) oder 3) Arbeitslosengeld. Dagegen ist in Österreich der berufliche Wiedereinstieg durch das Arbeitsrecht ausführlich (Dauer der Teilzeit, Arbeitszeitreduktion, Entgeltzahlungen) geregelt. In Österreich herrscht also eine wesentlich größere Klarheit bei der rechtlichen Regulierung der beruflichen Wiedereingliederung, welche allerdings auch einen Verlust an individueller und situativer Berücksichtigung des Einzelfalls produzieren kann. Die deutsche Regelung lässt therapeutische Maßnahmen in Form von sowohl quantitativer als auch qualitativer Anpassung der Arbeitsleistung zu, während in Österreich nur eine Reduktion der Arbeitsleistung vorgesehen ist.

Ebenfalls dem sozialrechtlichen Forschungsstand zur EM-Rente zuzurechnen ist die Beschäftigung mit den gesetzlichen Regelungen der Übergangsoptionen aus dem Erwerbsleben. So bezeichnet etwa Knuth (2014) Gesundheit als kritische Komponente der individuellen Beschäftigungsfähigkeit und setzt sich mit *sozialrechtlichen Voraussetzungen für „Ruhe-*

standsoptionen“ von gesundheitlich beeinträchtigten Beschäftigten auseinander. Dabei stellt er Bezüge zu verschiedenen politischen Zielen bei der derzeitigen Flexibilisierung des Rentenzugangs fest, wie die individuelle Verlängerung des Berufslebens, dem Halten von Fachkräften in Unternehmen, größerer Flexibilität in der Personalplanung und die allgemeine Verlängerung des Erwerbslebens. Gemeinsam haben diese Ziele, dass sie gesundheitlich beeinträchtigte ArbeitnehmerInnen in den Fokus rücken. Der Autor konstatiert, dass der Grundsatz „Reha vor Rente“ eine restriktive Definition von Erwerbsunfähigkeit und eine geringe Reagibilität der Zugangssteuerung zur EM-Rente bedingt. In Bezug auf den Arbeitsmarkt wird so ein stark auf Erwerbsarbeit orientiertes System geschaffen, das allerdings gewisse Personengruppen nicht erreicht. Dies sind Personen, die zwar formell als erwerbsfähig gelten, aber faktische keine Chance auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt haben. Jene Personen sehen sich unerfüllbaren Aktivierungsanforderungen gegenüber und/oder werden nicht bedarfsgerecht gefördert. Problematisch ist die Zuweisung des sozialrechtlichen Leistungsstatus zwischen voller Erwerbsminderung und voller Erwerbsfähigkeit, den der Autor als, für alle Beteiligten, unübersichtlich beschreibt. Für die Frage nach der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen besonders relevant sind die Aussagen des Autors zur Entwicklung des Teilzeitarbeitsmarktes für teilweise EM-RentnerInnen bzw. der gegenwärtigen Praxis bei teilweiser Erwerbsminderung und verschlossenem Teilzeitarbeitsmarkt eine volle EM-Rente zu bewilligen: „Die Chancen der konkreten Person, für eine derartige grundsätzlich vorhandene Teilzeittätigkeit auch eingestellt zu werden, bleiben dabei außer Betracht; ebenso der damit eng zusammenhängende Umstand, dass die Teilzeitarbeit in streng geregelten Mustern seltener wird und Arbeitgeber von Teilzeitkräften häufig eine zeitliche Flexibilität nach oben (mit späterem Zeitausgleich) erwarten, was Personen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit überfordern kann.“ (Knuth 2014: 15) Auch führen undurchsichtige Zuständigkeiten zwischen der Grundsicherung und der Rentenversicherung zu einer schlechten Förderung der Arbeitsmarkt(re)integration von gesundheitsbedingt erwerbsgeminderten Personen. Dies gilt vor allem für teilweise Erwerbsgeminderte, die trotz des Bezuges einer vollen EM-Rente wegen verschlossenem Teilzeitarbeitsmarkt bedürftig sind. Ist die EM-Rente nicht bedarfsdeckend, haben Betroffene Anspruch auf ALG II, jedoch ist ein Zugang zur Grundsicherung nicht möglich, da Voraussetzung hierfür eine volle Erwerbsminderung ist. „Die Situation dieser Personen ist paradox: Aufgrund der Beurteilung des Rentenversicherungsträgers ist ihnen der Teilzeitarbeitsmarkt verschlossen; da sie jedoch als erwerbsfähig gelten, muss das Jobcenter sie im Rahmen ihrer auf drei bis sechs Stunden eingeschränkten Erwerbsfähigkeit aktivieren [...]. Sofern dieses erfolgreich wäre, würde die Einschätzung des Rentenversicherungsträgers bezüglich des Teilzeitarbeitsmarktes praktisch widerlegt – mit Ungewissheit über die Rechtsfolge.“ (Knuth 2014: 18-19) Personen mit teilweiser EM-Rente, die nicht bedarfsdeckend ist, haben ebenfalls Anspruch auf Leistungen des ALG II. Diese Personengruppe bezieht auch dann ALG II, wenn sie über 15 Stunden in der Woche nicht-arbeitslos ist. Der Autor stellt fest, dass diese ArbeitnehmerInnen keinen Anreiz haben über die Hinzuverdienstgrenze hinaus ihre Erwerbstätigkeit auszuweiten, der „Aktivierungsanspruch“ greift somit bei ihnen nicht. Auch diejenigen teilweisen EM-RentnerInnen, die auf den Teilzeitarbeitsmarkt verwiesen werden, dort aber wegen ihrer Einschränkungen keine Anstellung finden, partizipieren ebenfalls nicht am Aktivierungsanspruch. Der Autor weist daraufhin, dass

nur wenig gesicherte Zahlen zur konkreten Lage von teilweisen EM-RentnerInnen im ALG-II-Bezug vorliegen, was ein grundlegendes Problem bei der zielgerichteten Erarbeitung von arbeitsintegrativer, bedarfsgerechten Gesundheitsförderung von erwerbsgeminderten Personen darstellt.

Brussig (2018a) verortet die Einführung der EM-Rente 2001 im Kontext der verstärkten Aktivierungsbemühungen gegenüber gesundheitlich beeinträchtigten Personen. Die Reform des Rechts der Erwerbsminderung stärkte deutlich „aktivierende Elemente“. Der Autor nennt folgende Aspekte der Rechtsänderung: geringfügige Einschränkungen (6-8 Stunden Arbeitsfähigkeit) wurden nicht mehr berücksichtigt; nicht mehr der erlernte oder ausgeübte Beruf wird als Maßstab bei der Beurteilung herangezogen, sondern die abstrakte Leistungsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt; es wird nur noch die mögliche tägliche Arbeitszeit und nicht mehr der erzielte Verdienst berücksichtigt; EM-Renten sind prinzipiell befristet; die Vergabe von teilweisen EM-Renten wurde beibehalten; auch die Leitidee „Reha vor Rente“ wurde gestärkt. Allerdings liegen zurzeit nur unzureichende statische Indikatoren vor, welche das Ergebnis bzw. den Erfolg der durch die Reformen angestrebten Aktivierungsbemühungen belegen. Der Autor formuliert als Vorschläge für eine zukünftig besser gelingende Integration von EM-RentnerInnen in den Arbeitsmarkt: eine „Probepeschäftigung“ bzw. die Möglichkeit bei scheiternder Rückkehr in Arbeit wieder die EM-Rente zu erhalten; frühzeitige Information und individuelle Beratung bzw. Angebote über Arbeitsmarktchancen und Fördermaßnahmen für Betroffene; die Nutzung der Expertise der Bundesagentur für Arbeit beim Vorliegen von Vermittlungshemmnissen; sowie die Stärkung „guter“ Arbeit als Grundlage für die Integration von leistungsgeminderten ArbeitnehmerInnen.

Banafsche (2018) beschäftigt sich mit der *Arbeitsmarkt(re)integration von älteren Arbeitslosen*, wobei einige Querbezüge zur rechtlichen Situation erwerbsgeminderter Personen deutlich werden. Grundsätzlich stellt die Autorin fest: „Im Schnittpunkt der mit Blick auf die (Re-)Integration älterer Arbeitsloser in den Arbeitsmarkt relevanten Risikofaktoren – Alter, Behinderung und Langzeitarbeitslosigkeit – treffen demnach unterschiedliche Sicherungssysteme aufeinander, die einerseits zum Zwecke der klaren Zuordnung von Zuständigkeiten und Leistungen voneinander abzugrenzen sind, deren Zusammenwirken aber andererseits i. S. einer nahtlosen und zügigen Leistungserbringung unabdingbar ist.“ (Banafsche 2018: 402) Im Weiteren beschreibt die Autorin die Regelungen zur EM-Berentung von älteren Arbeitslosen als Verlagerung des Arbeitsmarktrisikos auf die Rentenversicherung. Der Maßstab für die Ermittlung des Leistungsvermögens bezieht sich nämlich nicht nur auf die gesundheitsbedingte Erwerbsunfähigkeit, sondern als Maßstab des Leistungsvermögens werden auch die „üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes“ herangezogen. Das heißt, selbst wenn ältere Arbeitslose prinzipiell noch über ein Restleistungsvermögen verfügen, ihnen der allgemeine (Teilzeit)Arbeitsmarkt aber verschlossen ist, kann ihnen eine volle EM-Rente gewährt werden. Die Autorin bezeichnet das Zusammenspiel zwischen Arbeitsförderung, Grundsicherung und gesetzlicher Rentenversicherung an dieser Stelle als „diffizil“ und thematisiert die problematische Rechtslage bei der Vergabe von Arbeitsmarktrenten: „Um dennoch zu berücksichtigen, dass es sich um Personen handelt, die gesundheitlich in der Lage

sind, mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein, ist es sachgerecht, ihnen den Verbleib in den auf (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt gerichteten Leistungssystemen des SGB III und SGB II zu sichern, um Chancen auf eine Beendigung der Arbeitslosigkeit nicht zu verbauen. Das BSG hat demgemäß für die Grundsicherung für Arbeitsuchende – abweichend von der „konkreten Betrachtungsweise“ – entschieden, dass jedenfalls bezüglich der „Arbeitsmarktrenten“ die Verschllossenheit des Arbeitsmarktes für die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit „ohne Bedeutung“ sei und es „allein“ um den zeitlichen Umfang gehe, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und dem negativen Leistungsbild (noch) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgeübt werden könne (BSGE 105, 201, Rn. 16).“ (Banafsche 2018: 418; siehe auch Freudenberg 2018)

Ebenfalls im rechtlichen Forschungsstand vorzufinden, ist eine beginnende Diskussion darüber, welche sozialrechtlichen Anpassungen der EM-Rente durch die zukünftige Wandelung des Arbeitsmarktes, wie der Zunahme von atypischen Beschäftigungsverhältnissen oder der Digitalisierung, notwendig werden. So stellt sich etwa die Frage, wie sich die zunehmende „Netzwerkökonomie“ und „Arbeit 4.0“ sowie die damit verbundene Abnahme von sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen auf die Absicherung von Erwerbsminderung auswirken (siehe Mecke 2018; Funsch/Poerting 2018) oder mit welchen gesetzlichen Regelungen die Risiken der „Arbeit der Zukunft“, wie Entgrenzung von Arbeit und Freizeit bzw. psychische Risikofaktoren, begegnet werden können (siehe Walwei 2018; Peters-Lange 2018).

Wie komplex und teilweise unübersichtlich die sozialrechtliche Regulierung und Rechtsprechung in Bezug auf die EM-Rente ist, wird alleine schon bei der *rechtlichen Definition von „Invalidität“* deutlich, wie Hirschberg (2011) aufzeigt. Er setzt sich mit den unterschiedlichen Rechtsbegriffen, wie Berufsunfähigkeit, Invalidität, Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung, Grad der Behinderung und anderen, in unterschiedlichen Rechtsgebieten auseinander. Der Autor weist daraufhin, dass die verschiedenen Auslegungen der Begrifflichkeiten große Auswirkungen auf die Betroffenen bezüglich der ihnen zustehenden (finanziellen) Ansprüche haben können und bisher wesentlich unschärfer definiert sind, als ihre fortlaufende Nutzung von medizinischen GutachterInnen, LeistungsprüferInnen und JuristInnen nahelegt.

3.2 Sozialpolitische Arbeiten

Sozialpolitische Beiträge zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben von EM-RentnerInnen setzen diese in den Zusammenhang zur aktuellen Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt und der (Alters)Rentenpolitik. Dementsprechend trägt dieser Forschungsstrang dazu bei, *Wechselwirkungen zwischen Reformen des Arbeitsmarktes, der Rentenpolitik und dem aktuellen EM-Rentengeschehen* in einen größeren, sozialpolitischen Kontext einzuordnen (siehe Knuth/Kaps 2014). Verstärkt beschäftigt wird sich mit positiven und negativen Anreizen bei den EM-Rentenzugängen sowie mit damit in Zusammenhang stehenden Zielkonflikten im Sozialsystem. Dabei behandelt wird sowohl der missbräuchliche Zugang zu

EM-Renten und die Verhinderung eines Ausweichens von „vorgezogenen“ Altersrenten in die EM-Rente als auch die Motivationsförderung hinsichtlich einer Arbeitsmarkt(re)integration oder dem Verbleib im Erwerbsleben durch die politische Gestaltung von Anreizen (siehe Viebrok 2004; Schnabel 2015). Insgesamt lassen sich eine Vielzahl der gesichteten Studien als Reaktion und Analyse der veränderten Bedingungen im sozialen Sicherungssystem durch die Arbeitsmarkt- und Rentenreformen der 2000er Jahre verstehen, welche unter anderem zur einer Prekarisierung der Situation erwerbsgeminderter Personen führten.

In diesem Sinn setzt sich Bäcker (2014), im Kontext seiner Kritik an der Rentengesetzgebung bzw. -reform, mit dem *geringen Rentenniveau und der politisch marginalisierten Position von EM-RentnerInnen* auseinander. Der Autor kritisiert die Tendenz, in der öffentlich-medialen Debatte die Besserstellungen von RentnerInnen als „unfinanzierbare Geschenke“, „soziale Wohltaten“ oder „einseitige Belastungen der Jüngeren“ darzustellen. Diese Darstellung gehe an der eigentlichen Aufgabe der Rentenversicherung vorbei, welche nicht sei, möglichst niedrige Ausgaben zu erreichen, sondern ausreichende Leistungen im Alter und bei Erwerbsminderung nachhaltig zu gewährleisten und Armut bei Rentenbezug zu vermeiden. Vor dem allgemeinen Trend der sinkenden Entgeldpunkte, der Ausweitung des Niedriglohnssektors bzw. der Zunahme prekärer Beschäftigungsverhältnissen auf dem Arbeitsmarkt, dem Heraufsetzen der Regelaltersgrenze sowie den Abschlägen bei vorzeitiger Berentung stellt der Autor die Lage von EM-RentnerInnen als besonders besorgniserregend dar. „Im besonderen Maße von niedrigen Renten und dem Risiko der Einkommensarmut sind EM-RentnerInnen betroffen, die immerhin (2013) 21,5 % der Rentennewuzugänge ausmachen.“ (Bäcker 2014: 4). Ein weiterer Indikator für die besondere Lage von EM-RentnerInnen ist, dass 2011 circa 11% der EM-RentnerInnen aufstockende Leistungen erhielten, aber nur 2% der AltersrentnerInnen. Ursächlich für diese Entwicklung sind mehrere Faktoren, wie die ab 2011 fehlende Absicherung während Langzeitarbeitslosigkeit (ALG II), unzureichende Aufstockung der Zurechnungszeiten und niedrige Entgeldpunkte (siehe auch Keck 2015). Das generelle Sinken der Entgeldpunkte von EM-RentnerInnen erklärt sich, so der Autor, aus der Konzentration der EM-RentnerInnen aus Berufsgruppen mit niedrigen Löhnen (siehe auch Bäcker 2013b). Der Autor fährt fort, dass die Einführung der Rentenabschläge zwar nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes zulässig ist, diese Regelung aber nicht „systemgerecht“ sei (siehe auch Oppermann 2012). Die Logik der Abschläge sei für Altersrenten konzipiert, um das Rentenzugangsverhalten zu steuern, während EM-RentnerInnen keine Wahl bezüglich ihres Rentenzugangs haben. Verbesserungen bei den EM-Renten ab 2014, wie die Günstigerprüfung, werden zwar als sinnvoll, aber unzureichend bewertet (siehe auch Hagen/Rothgang 2014). Die Verbesserungen gelten nur für neuzugehende Renten, nicht aber für die große Gruppe der BestandsrentnerInnen, deren EM-Renten beim Erreichen der Altersgrenze in (teils prekäre) Altersrenten umgewandelt werden. In weiteren Arbeiten hinterfragt Bäcker (2013a, 2013b) besonders die *Abschläge bei vorzeitiger Berentung im Kontext von EM-Renten* ausführlich und kritisch. Abschläge seien ihrer Logik nach auf Altersrenten ausgerichtet und sollen eine finanzielle Mehrbelastung der Rentenversicherung durch Steuerung des Rentenzugangsverhaltens verhindern. Dies funktioniere jedoch nicht für EM-Renten: „Geht man von einem korrekten medizinischen Beurteilungsverfahren aus, dann

können aber Erwerbsgeminderte ihren Gesundheitszustand nicht so weitgehend beeinflussen, dass sie wieder in der Lage sind, eine Arbeit aufzunehmen. Der Verlust der Erwerbsfähigkeit und Zeitpunkt des Renteneintritts sind nicht freiwillig gewählt und mit der Inanspruchnahme einer vorgezogenen Altersrente nicht vergleichbar.“ (Bäcker 2013a: 9). Der Autor schlägt daher eine Begrenzung der Abschläge und einen Ausgleich bei besonders niedrigen EM-Renten vor. Beispielsweise wäre zu prüfen, ob bei der Rentenberechnung die letzten vier Jahre vor der Erwerbsminderung nicht zu berücksichtigen eine Verbesserung der Leistungen bringen würde.

Rische (2010) dagegen bemerkt, dass die *Abschläge bei EM-Renten* vom Bundessozialgericht (Entscheidung vom 14.08.2008 und 25.11.2008) als verfassungskonform nach Art. 14 Abs. 1 und Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG) sind. Er regt dazu an, dass bei sozialpolitischen Erwägungen zur Abschaffung der Abschläge unerwünschte „Ausweichaktionen“ von vorgezogenen Altersrenten in die EM-Renten bedacht werden sollten. Insgesamt würden durch eine Abschaffung der Abschläge hohe Kosten entstehen. Er schlägt vor, die Möglichkeit zu prüfen, ob Versicherte und Arbeitgeber durch zusätzliche Beitragszahlungen spätere Abschläge ausgleichen könnten. Möglich wären auch, wie bei einer vorzeitigen Altersrente, Zahlungen, die nicht nur die Versicherten, sondern auch Dritte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze leisten könnten, um Abschläge zu vermeiden.

Mondorf (2018) argumentiert, dass mit einer sofortigen Anhebung der Zurechnungszeiten auf 65 Jahre schwerwiegende "rentensystematische Probleme" einhergingen. Der Autor kritisiert die gegenwärtig geplante Änderung bei den Zurechnungszeiten, da diese – anders als bei der schrittweisen Anhebung – anhand eines Stichtages gelten soll und daher zu ungerechtfertigten Schlechterstellungen von vor dem Stichtag berenteten Versicherten führen würde. Mondorf empfiehlt der Politik erst die Effekte der in der letzten Legislaturperiode vorgenommenen Leistungsverbesserungen zu prüfen, bevor neue Reformen beschlossen werden.

Bieback (2015) untersuchte, vor dem Hintergrund der sozialpolitischen Einschätzung, dass die Absicherung von Erwerbsminderung eine zentrale Aufgabe der Rentenversicherung ist und das EM-Renten mit der Verschiebung der Regelaltersgrenze zunehmend an Bedeutung gewinnen, das Erwerbsminderungsrisiko im Übergang von Erwerbsfähigkeit zur Rente. Der Autor attestiert Forschungs- und Diskussionsbedarf und entwickelt anschließend ein Forschungsprogramm, das offene Fragen adressiert. Die Fragen umfassen folgende weiter zu bearbeitende Themen: 1) Stellenwert der EM-Rente im Sozialleistungssystem, 2) Wege in die EM-Rente, 3) Definition des Versicherungsfalls, 4) Sicherungsfunktion der EM-Rente, 5) Nebenverdienst bei EM-Renten 6) Stärkung der Arbeitgeberverantwortung und 7) immanente Alternativen in der GRV.

Auf die *Notwendigkeit der beständigen Anpassung* der Alterssicherung („nach der Reform ist vor der Reform“) an neue gesellschaftliche Entwicklungen verweist Kress del Bondio (2018). In der aktuellen sozialpolitischen Debatte sind dies etwa Themen wie die demographische Entwicklung, die Altersarmut, die Anhebung der Altersgrenzen, der flexible Renteneintritt, das Rentenniveau, die Solidarrente, die Verbesserung bei EM-Renten oder die Folgen der

Arbeit 4.0. Bezogen auf EM-Renten schreibt der Autor in diesem Kontext, dass die Renten trotz Anpassungen bis 2011 sanken und seitdem wieder leicht steigen, wie in Abbildung 3 dargestellt.

		Zugangsjahr							
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
alte Bundesländer	Frauen	602	586	585	589	583	578	575	566
	Männer	780	742	716	703	682	673	667	656
neue Bundesländer	Frauen	666	650	642	646	635	628	624	608
	Männer	687	663	641	637	611	601	601	584
Gesamt		706	676	658	652	636	627	623	611

		Zugangsjahr							
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
alte Bundesländer	Frauen	562	562	562	561	571	576	594	640
	Männer	641	643	639	635	647	652	659	702
neue Bundesländer	Frauen	597	602	607	606	619	627	662	717
	Männer	567	570	574	568	578	589	603	643
gesamt		599	600	600	596	607	613	628	672

Abb. 3: EM-Rentenhöhe zwischen 2000 und 2015 unter Berücksichtigung von Geschlecht und alten/neuen Bundesländern (Quelle: Kress-del Bondio 2018: 596).

Für das Sinken der EM-Renten bis 2011 sind, so der Autor, die Reform der EM-Rente 2001, die stufenweise eingeführten Rentenabschläge sowie der gestiegene Eigenanteil für Kranken- und Pflegeversicherung im Jahr 2000 (von 7,6% auf 10,1%) verantwortlich. Zudem ist ein Absinken der Beitragspunkte von 0,9 im Jahr 2000 auf 0,73 im Zugangsjahr 2014 zu verzeichnen, die der Autor in Zusammenhang mit prekären Erwerbsverläufen im Niedriglohnssektor und Langzeitarbeitslosigkeit ohne Bewertung der Rentenversicherung sieht. Die Leistungsverbesserungen für EM-Renten neuzugänge ab 2014, hinsichtlich der zusätzlichen Zurechnungszeiten und der Günstigerprüfung, zeigen allerdings erste Wirkungen bei den Versicherungsjahren (41 Versicherungsjahre im Jahr 2015 im Vergleich zu 39,2 Versicherungsjahren im Jahr 2013) und einem Ansteigen der Beitragspunkte (0,744 im Jahr 2015). Weitere Verbesserungen für die laufende Legislaturperiode sind geplant, werden aber voraussichtlich nur für Neuzugänge gelten. Der Autor kritisiert des Weiteren Schwierigkeiten dabei, dass Absinken des EM-Rentenniveaus mit der 2. und 3. Säule (betriebliche und private Vorsorge) abzusichern (siehe auch Nürnberger 2009). Trotz der ausgeführten Besserungen sind EM-RentnerInnen, gerade solche mit geringer Rentenhöhe und unzureichender Zusatzvorsorge, von Altersarmut bedroht (siehe auch Abschnitt 5.2).

Schubert et al. (2006) setzen sich in einer umfangreichen Studie mit EM-Berentungen, die wegen verschlossenem Arbeitsmarkt gewährt werden, und beruflichen Reintegrationsmög-

lichkeiten auseinander. Zuerst stellen die AutorInnen hierzu fest, dass *Teilhabe am Erwerbsleben ein zentrales Instrument gesellschaftlicher Inklusion* ist und, dass Erwerbsarbeit nicht nur die materielle Existenzgrundlage bildet, sondern auch vielfältige soziale Funktionsbezüge aufweist. Demnach ist Erwerbsfähigkeit nicht nur eine individuelle, sondern auch eine gesellschaftlich und folglich sozialpolitisch bedeutsame Kategorie. Sie stellt die Absicherung des Lebensrisikos Erwerbsminderung dar und ist auf Grund dessen immanente Aufgabe des Sozialstaates. In einem Abriss der historischen Entwicklungen der Absicherung von Erwerbsunfähigkeit wird ausgeführt, dass gesetzliche Regelungen zum gesundheitsbedingten Ausstieg aus dem Erwerbsleben 1957 mit der Einführung der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente erfolgten. Diese Regelungen fußten auf einer „abstrakten Betrachtungsweise“, da die Leistungsfähigkeit ohne Berücksichtigung der Partizipationschancen auf dem Arbeitsmarkt beurteilt wurde. Die bis heute richtungweisenden Urteile des Bundessozialgerichts 1969 und 1976 führten zu einer „konkreten Betrachtungsweise“, welche beinhaltet, dass bei der Beurteilung der Erwerbsminderung einbezogen werden muss, ob der Arbeitsmarkt für die Betroffenen mit ihren jeweiligen Einschränkungen überhaupt zugänglich ist. Ist der Arbeitsmarkt verschlossen, darf demnach auch kein Verweis auf den Teilzeitarbeitsmarkt stattfinden, sondern die Versicherten können auch mit einer teilweisen Erwerbsminderung vollständig aus dem Erwerbsleben ausscheiden. In der Folge kam es zu einem historisch starken Anstieg der Zahl von EM-Renten bei den Rentenneuzugängen (1972 52% bei den Arbeitern und 35% bei Angestellten). Im Rahmen der Rezession in den 70er Jahren und den abnehmenden relativen Arbeitsplatzangeboten verringerte sich diese Zahl rasch wieder und wurde durch Regelungen kompensiert, die es ermöglichten auch ohne gesundheitliche Beeinträchtigung frühzeitig berentet zu werden. Vor dem Hintergrund der seit 2001 eingeführten EM-Rente und der Regelung, bei verschlossenem Teilzeitarbeitsmarkt eine volle EM-Rente zu gewähren, untersuchen die AutorInnen empirisch Charakteristika der berenteten Personen, Indikatoren für arbeitsmarktbedingte Berentung und sozialpolitische Reintegrationsbemühungen bzw. Rehabilitationsmaßnahmen bei einer Berentung wegen verschlossenem Arbeitsmarkt. Als Datengrundlage dienten Daten der Deutschen Rentenversicherung zum Versichertenzugang 2003. Die Ergebnisse zeigen, dass 2003 18% der Rentenneuzugänge wegen Erwerbsminderung erfolgten, darunter bei 17% wegen „verschlossenem Arbeitsmarkt“. Demnach wurden 3,1% (circa 30.000) aller Rentenneuzugänge 2003 wegen arbeitsmarktbezogenen Kriterien gewährt. Bezogen auf rehabilitative Aspekte bzw. die Arbeitsmarkt(re)integration stellen die AutorInnen fest, dass nur knapp die Hälfte der Versicherten (45,1%) vor ihrer Berentung medizinische Rehabilitationsmaßnahmen beanspruchten. Leistungen der beruflichen Rehabilitation wurden in den letzten fünf Jahren vor der Gewährung der EM-Rente nur von 2,3% genutzt, dabei nahmen Personen mit Arbeitsmarkthintergrund mit 3,6% häufiger an Maßnahmen der Teilhabeleistungen teil als solche ohne (2,1%). Auf die Wahrscheinlichkeit wegen eines verschlossenen Arbeitsmarktes berentet zu werden, hatte das Alter der Versicherten keinen Einfluss. Frauen wiesen, im Gegensatz zu Männern, eine um ein Viertel geringere Wahrscheinlichkeit auf, wegen verschlossenem Arbeitsmarkt berentet zu werden. Auch regionale Einflussvariablen wirkten sich aus, so ist in Ostdeutschland die Wahrscheinlichkeit wegen Arbeitsmarkt bezogenen Gründen berentet zu werden um 15% erhöht. Personen mit mittlerem Bildungsabschluss wurden doppelt so häufig auf Grund

des verschlossenen Arbeitsmarktes berentet als solche mit Abitur. Die AutorInnen merken an, dass Maßnahmen vor der Berentung deutliche Auswirkungen auf die Gewährung einer EM-Rente zeigen. Versicherte, die eine EM-Rente wegen verschlossenem Arbeitsmarkt erhalten, nehmen öfter Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch, als solche, die aus anderen Gründen erwerbsminderungsberentet werden. „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 EM-Rente (= volle EM-Rente mit verschlossenem Arbeitsmarkt) als direkt eine volle EM-Rente (ohne verschlossenen Arbeitsmarkt) zu beziehen.“ (Schubert et al. 2006: 251). Die AutorInnen folgern daraus, dass diese Versicherten also zunächst eine günstige Rehabilitationsprognose aufweisen, jedoch trotzdem keine Wiedereingliederung in die Arbeit gelingt. Auf Basis der Ergebnisse wird angenommen, dass es eine „lockere“ Kopplung des Arbeitsmarktes mit dem EM-Rentengeschehen gibt, die jedoch aus methodischen Gründen Fragen nach regionalen, wirtschaftlichen Strukturen und verschiedenen Arbeitsmarktsegmenten offenlässt. „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.“ (Schubert et al. 2006: 253)

Auch Reimann (2003) verortet die verstärkten Bemühungen *Erwerbsminderung zu verhindern innerhalb der sozialpolitischen Reformen Anfang der 2000er Jahre*. Diese führten unter anderem dazu, dass die Rentenversicherung, in ihrem Bestreben die berufliche Integration der Versicherten zu erhalten, neben der Rehabilitation auch dezidiert präventive Ansätze ausbaute. Hintergrund der Reformbemühungen waren, laut dem Autor, auch die Arbeitsmarktrenten, welche wegen den eingeschränkten Chancen von gesundheitlich beeinträchtigten ArbeitnehmerInnen auf dem Teilzeitarbeitsmarkt vor Beginn der 2000er Jahre, an Bedeutung erlangt hatten. Die Reform der EM-Rente 2011 stellt zusätzlich hinsichtlich der Arbeitsmarkt(re)integration auch deswegen eine wichtige Neuerung dar, weil unter der vorherigen Gesetzgebung Rehabilitationsleistungen bei Erhalt einer Rente ausgeschlossen waren.

Rische (2010) beschäftigt sich grundsätzlich mit der *Absicherung der Minderung der Erwerbsfähigkeit als gesellschaftspolitischer Aufgabe* und der Frage, welcher Leistungsumfang dabei sozial gerecht ist und wie die entstehenden Kosten zu verteilen sind. Rische nennt als zentralen Baustein der Sozialversicherung bei der Absicherung des Erwerbsminderungsrisikos die EM-Rente bzw. die gesetzliche Rentenversicherung, deren „Kerngeschäft“ dies seit ihrer Konstitution vor 120 Jahren ist. Während historisch gesehen Invaliditätsrenten wesentlich häufiger als Altersrenten ausgezahlt wurden, hat sich dieses Verhältnis durch die demographische Entwicklung massiv verschoben – trotzdem sind noch immer fast ein Fünftel der Rentenzugänge EM-RentnerInnen. Der Autor resümiert die aktuellen Entwicklungen der EM-Rente seit den 2000er Jahren und kommt zum Schluss, dass sich zukünftig eine ausreichende Absicherung, ähnlich wie in der Altersrente, nur durch ein Zusammenspiel der drei

Absicherungssäulen bewerkstelligen lässt. Hier sieht er vor allem private Versicherer und betriebliche Vorsorge in der Verantwortung einen ergänzenden Versicherungsschutz bei Erwerbsminderung zu akzeptablen Bedingungen anzubieten.

Schnabel (2015; siehe auch Schnabel 2014) bezeichnet die Rentenreformen seit 1992 als Reaktionen der Politik auf den demographischen Wandel mit dem Ziel, die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung im „*Spannungsfeld*“ zwischen *Sicherungsziel* und *Finanzierbarkeit* zu gestalten. Neben der Erhöhung der Kindererziehungszeiten und der abschlagsfreien Rente ab 63 sieht er vor allem die Leistungsausweitungen in der EM-Rente als „Kernelement“ der Rentenreform von 2014 („Rentenpaket 2014“). Dieses Kernelement der Rentenreform stellt, so der Autor, die Rentenpolitik seit 1992 jedoch wieder in Frage. Schnabel bewertet die ab dem 01.07.2014 geltenden, neuen Zurechnungszeiten von 60 auf 62 Jahre und der Nicht-Heranziehung der letzten vier Jahre vor Renteneintritt, wenn diese unter der Durchschnittsbewertung liegen, als ambivalent. Die Verbesserungen gleichen zwar die Verluste im Vergleich zur Altersrente teilweise aus und werden zu einem Rückgang des Armutsrisikos führen, gelten allerdings nur für Neuzugänge, wohingegen BestandsrentnerInnen nicht bessergestellt werden – diese Maßnahme hätte zu substanziell höheren Kosten geführt. Die Reform beinhaltet auch fragliche Anreizwirkungen, da EM-Renten im Vergleich zu vorgezogenen Altersrenten wieder attraktiver werden. Ebenso sind die neuen Berechnungsgrundlagen für diejenigen Versicherten attraktiv, deren Entgelte in der Zeit vor ihrer Berentung zurückgingen. Der Autor empfiehlt eine strikte Prüfung der Zugangsvoraussetzungen, um ein Ausweichen in die EM-Rente zu vermeiden. Einer Abschaffung der Abschläge steht der Autor kritisch gegenüber, da diese die Unterschiede zur Altersrente eliminieren und zu „massiven Substitutionsanreizen“ führen könnten.

Auf Grundlage einer empirischen Untersuchung der Zugangssteuerung in EM-Renten sehen Aurich et al. (2018: 325-330) sozialpolitischen „Gestaltungsbedarf“ bei den Abläufen der Zugangssteuerung, den Rechten der Versicherten, dem Umgang mit Leistungseinschränkungen jenseits einer EM-Berentung und der sozialpolitischen Zielsetzung der EM-Rente.

Gesundheitsbedingte Erwerbsminderungen und das EM-Rentengeschehen werden auch im Kontext von Maßnahmen zur Flexibilisierung der Rente und generellen Bemühungen das Erwerbsleben vor dem Hintergrund des demographischen Wandels zu verlängern, thematisiert. Czepek und Weber (2015) weisen im Rahmen ihrer Beschäftigung mit der „Flexi-Rente als Instrument zur Erhöhung der Erwerbsbeteiligung“ darauf hin, dass sich *starre Hinzuverdienstgrenzen¹* und ein *spätes Renteneintrittsalter* negativ auf das Ziel, eine Parallelität zwischen Erwerbs- und Renteneinkommen zu erreichen, auswirken kann und daher Reformbedarf besteht. Die derzeitigen Regelungen führen zu Fehlanreizen, so kann sich etwa ein Hinzuverdienst bei Rentenbezug sogar negativ auf das Einkommen der Versicherten auswirken. Die AutorInnen schlagen anstatt einer starren Hinzuverdienstgrenze ein stufenloses Verfahren vor, das sich auf den Jahresdurchschnitt bezieht. Diese Regelung empfehlen sie auch für

¹ Mit dem 2016 beschlossenen „Flexirentengesetz“ ist ab Mitte 2017 eine stufenlose Hinzuverdienstregelungen gültig. Ältere Arbeiten im Forschungsstand bilden (wie noch weiter untenstehend deutlich wird) diese Änderung nicht ab und kritisieren noch die vorherigen festen Hinzuverdienstregelungen.

den Bezug einer teilweisen oder vollen EM-Rente. Da die Relevanz und Wirksamkeit von Neuregelungen der Teilrenten und Hinzuverdienstregelungen von der Zahl der Personen mit Anspruch auf eine vorgezogene Rente abhängt, weisen die AutorInnen darauf hin, dass 2014 18,4% der vorzeitigen Rentenzugänge wegen einer Erwerbsminderung erfolgten, eine Reform also deutliche Auswirkungen auf diese relativ große Anzahl von Versicherten haben könnte.

Ebenfalls aus *makrostruktureller Perspektive bei der sozialpolitischen Beschäftigung mit EM-Renten* zu beachten sind nach Brussig und Ribbat (2014), dass nur etwa ein Drittel der jährlichen Rentenzugänge aus einer stabilen, versicherungspflichtigen Beschäftigung heraus erfolgt. Diese Entwicklungen sollten bei der Beurteilung der steigenden Alterserwerbsbeteiligung berücksichtigt werden, da teilweise stark berufsspezifische Unterschiede und Dynamiken bezüglich des Austrittsalters bestehen.

3.3 Ökonomische Arbeiten

Bei der Aufarbeitung des Forschungsstandes ebenfalls einzubeziehen sind volkswirtschaftliche Arbeiten und solche, die sich mit ökonomischen Aspekten von EM-Renten befassen. Diese Studien beschäftigen sich mit Fragen der *finanziellen Absicherung des Lebensrisikos Erwerbsunfähigkeit sowie den volkswirtschaftlichen Folgen von EM-Renten* im Spiegel der gegenwärtigen demographischen Entwicklung (siehe Bödeker et al. 2006; Schnabel 2015). Diskutiert werden Fragen des EM-Rentenniveaus und der Zugangsvoraussetzungen zur EM-Rente oder privaten Berufsunfähigkeitsversicherungen als Substitut der gesetzlichen Rentenversicherung (siehe Köhler-Rama et al. 2010; Kemptner 2014). Der Teil des Forschungsstandes, der sich auf die volkswirtschaftlichen Folgen von gesundheitsbedingtem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben bezieht, umfasst vor allem eine Beschäftigung mit makrostrukturellen Rahmenbedingungen als erklärenden Bestimmungsfaktoren für das gesundheitsbedingte Rentengeschehen. Aber auch wenn ein Großteil der ausgewerteten Arbeiten diese makrostrukturellen Entwicklungen in den Blick nimmt, umfasst der Forschungsstand außerdem Auseinandersetzungen mit der ökonomischen bzw. materiellen Lage auf der Ebene der Haushalte von EM-RentnerInnen (siehe Nakielski 2009; Martin/Zollmann 2013; Martin 2017) oder der individuellen ökonomischen Situation von Versicherten mit hohem Erwerbsminderungsrisiko (siehe Sternberger-Frey 2014). Der ökonomische Forschungsstand setzt sich zusätzlich aus einer Mischung zwischen Analysen und Bewertungen bisheriger (EM)Rentenreformen, weiteren Reformvorschlägen und Prognosen bezüglich der Beitragsentwicklung bzw. den zukünftigen Kosten im Kontext von EM-Renten zusammen (siehe Ehrentraut/ Moog 2017). Wie auch der sozialrechtliche Forschungsstand, trägt die ökonomische Perspektive zur Einordnung von konkreten Entwicklungen und Maßnahmen des EM-Rentengeschehens in den gesamtgesellschaftlichen Kontext bei. Dabei spielt durchaus auch die Arbeitsmarkt(re)integration eine Rolle, auch wenn diese meist nicht Hauptaugenmerk der Studien ist, aber zumindest in Bezug zu dem oben genannten Themenspektrum gesetzt wird.

Exemplarisch für die Beschäftigung mit der *zukünftigen Entwicklung der sozialen Sicherung* befassen sich Ehrentraut und Moog (2017) in ihrer Studie „Zukunft der gesetzlichen Rentenversicherung“ mit Reformen zur Stabilisierung des Rentenniveaus unter sich ändernden demographischen Bedingungen bis 2050. In diesem Kontext gehen die Autoren auch auf die Gestaltung des EM-Rentenniveaus ein und nennen die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur und der Erwerbstätigkeit als die zentralen Bestimmungsgrößen der finanziellen Nachhaltigkeit der umlagefinanzierten Sozialsysteme. Bisherige Reformen, wie die Riester-Rente, der Nachhaltigkeitsfaktor und die Anhebung der Regelaltersgrenzen, bewirken zwar eine Senkung der Ausgabenentwicklung bzw. eine moderate Beitragssatzentwicklung, allerdings führe dies auch zur Absenkung des Rentenniveaus. Die Sicherung eines angemessenen Lebensstandards im Alter nennen die Autoren einen „Grundpfeiler“ der sozialen Sicherung. In diesem Rahmen gehen sie auf die EM-Rente ein und berichten von kontinuierlich gesunkenen Zahlbeträgen in den letzten Jahren. Daher setzen derzeitige Reformvorschläge an der Leistungsseite an, um EM-RentnerInnen finanziell besser zu stellen. Das Rentenpaket von 2014 brachte bereits Verbesserungen bei den Zurechnungszeiten, trotzdem sind EM-RentnerInnen nach wie vor einem besonderen Altersarmutsrisiko ausgesetzt (siehe auch Abschnitt 5.3). Die Autoren schlagen als Beitrag zur Lösung dieser Problematik die ersatzlose Streichung der Abschläge bei EM-Renten bzw. den späteren Altersrenten vor, bei gleichzeitig unveränderter Beibehaltung der Zurechnungszeiten. Die Auswirkungen würden, da ab einer potentiellen Einführung zusätzliche Ausgaben entstehen, zu einem sukzessiven Ansteigen der Beitragssätze führen. 2014 lag die Anzahl der EM-RentnerInnen bei den Rentenneuzugängen bei 12,5% (circa 170.000), sie erhielten einen durchschnittlichen Abschlag von monatlich circa 80 Euro für ihren vorzeitigen Rentenbezug von ungefähr 34 Monaten. Würden diese Abschläge in Zukunft entfallen, entstünden jährlich etwa 160 Millionen Mehrausgaben. Diese Ausgaben würden kontinuierlich, bis alle EM-Renten im Bestand abschlagsfrei sind, zunehmen. 2030 würden sich die Ausgaben auf circa 2,6 Milliarden und 2050 auf circa 4,5 Milliarden Euro summieren und damit bei weniger als einem Prozent der gesamten Rentenausgaben liegen. Die Autoren empfehlen eine Berücksichtigung der Abschaffung der Abschläge, da diese Maßnahme eine für die Altersarmut besonders vulnerable Gruppe „zielgenau und substanziell“ besserstellen würde, ohne zu große Belastungen für alle BeitragszahlerInnen und RentenempfängerInnen mit sich zu bringen.

Ebenfalls im Bereich der Leistungsseite einzuordnen ist die Beschäftigung mit der Entwicklung der Nettoszahlbeträge bei EM-Renten. Innerhalb dieses Forschungsstrangs stehen die geringen Rentenbezüge bzw. deren Ursachen, Folgen (besonders (Alters)Armut) und mögliche Besserstellungen im Mittelpunkt. Kemptner (2014) führt das *Absinken der Nettoszahlbeträge der EM-Renten*, von im Jahr 2000 durchschnittlich 706 Euro auf durchschnittlich 607 Euro im Jahr 2012, auf die eingeführten Abschläge zurück, welche Anwendung finden, wenn eine EM-Rente vor dem 63ten Lebensjahr in Anspruch genommen wird (Steffen (2013) spricht von einem Sinken der Erwerbsminderungshöhe um zwölf Prozent seit Mitte der 90er Jahre, demnach lag diese 2011 mit monatlich 596 Euro unterhalb des steuerfreien Existenzminimums von derzeit 667 Euro). Kemptner (2014) identifiziert vor allem solche Haushalte als von gesundheitsbedingter Armut bedroht, die weder genügend finanzielle Rücklagen

bilden, noch private Versicherungen abschließen konnten oder deren gesundheitliche Beeinträchtigungen Kosten produzieren, welche über die Absicherung der Pflege- und Krankenversicherung hinausgehen. Aus ökonomischer Perspektive führt Kemptner aus, dass die Rentenreformen des letzten Jahrzehnts insbesondere für EM-RentnerInnen eine Armutsgefährdung darstellen. Die Abschläge bei Frühverrentung bzw. die damit verbunden (Arbeits)Anreize zum längeren Verbleib im Berufsleben laufen bei EM-RentnerInnen ins Leere und sind folglich mit einer Leistungssenkung verbunden. Als positive Effekte der Reformen führt der Autor an, dass die geringe Leistungshöhe Missbrauchsfälle verringert und die Möglichkeit eröffnet die Zugangshürden zu EM-Renten zu senken. Bei der Frage danach, wie sich das Armutsrisiko bei Erwerbsminderung senken lässt bzw. wie die niedrigen Leistungen ausgeglichen werden könnten, beschreibt der Autor private Berufsunfähigkeitsversicherungen als unbrauchbare Lösung. Private Versicherungen sind demnach sehr kostenintensiv und schließen besonders riskante Berufe durch hohe Tarife systematisch aus. Der Autor diskutiert die Einführung einer Mindestrente, welche für Rentner oberhalb der Armutsgrenze liegen müsste. Zu klären wären hierbei noch offene Fragen zu Kosten und Anreizen hinsichtlich des individuellen Verhaltens der Versicherten, vermutet wird ein Ansteigen der Missbrauchsfälle. Es gibt jedoch auch Hinweise, dass sich diese in Grenzen halten (siehe auch Golosov/Tsyvinski 2006; Kemptner 2013).

Bogedan und Rasner (2008) fassen als Kernpunkte der Rentenreformen um die Jahrtausendwende das Ende des Frühverrentungstrends, das Bremsen der Ausgabenentwicklung und die Teilprivatisierung der Alterssicherung zusammen. Als Teil dieser Entwicklungen ordnen sie auch die *Einführung der EM-Rente 2001* ein, welche dazu führte, dass die allgemeine Eignung für den Arbeitsmarkt das alleinige Kriterium zur Feststellung des Leistungsvermögens wurde und das Berufsunfähigkeitsrisiko aus dem Leistungskatalog der Rentenversicherung gestrichen wurde (siehe auch Sternberger-Frey 2014). Prekaritätstendenzen beim EM-Rentenniveau sind demnach nur im Spiegel der allgemeinen rentenpolitischen Entwicklungen einzuordnen.

Einige Arbeiten beschäftigen sich aus volkswirtschaftlicher Sicht mit der EM-Rentenzugangssteuerung. So bewerten etwa Knuth und Kaps (2014) die Reform der EM-Renten im Zuge der *Renten- und Arbeitsmarktreformen* kritisch, da diese „ein ohnehin restriktives System“ zusätzlich gegen das Ausweichen von Langzeitarbeitslosen in die EM-Rente abschottet. Diese seien so der Aktivierung durch Arbeitsvermittlungsmaßnahmen ausgesetzt. Die Autoren fordern eine Öffnung der EM-Rente für Langzeitarbeitslose deren Restproduktivität selbst unter assistiven Maßnahmen nicht ausreicht, um auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Interessanterweise gehen sie dabei nicht auf die konkreten Gründe der Arbeitslosigkeit ein bzw. nennen den naheliegenden Grund der gesundheitsbedingten Arbeitslosigkeit nicht, sodass offenbleibt, ob ihre Empfehlung nur für eine bestimmte Gruppe von Langzeitarbeitslosen gilt. Auch Weber (2015) kritisiert Reformvorschläge zur *Flexibilisierung der Rente*, welche zu einer vorzeitigen Berentung führen anstatt Eingliederungsbemühen und Vermittlungsleistungen zu forcieren, als Schritt in die falsche Richtung zur Steigerung der Erwerbsbeteiligung. Ähnlich argumentieren auch Brussig und Knuth (2010) hinsichtlich

der *Aktivierung von ArbeitslosengeldempfängerInnen mit gesundheitlichen Einschränkungen*. Demnach sollten auch gesundheitlich beeinträchtigte Personen in einem beschäftigungsorientierten System der sozialen Sicherung gehalten werden, anstatt sie auf Grund ihrer Einschränkungen aus dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszugliedern. Allerdings dürfte dies nicht zu einer Überforderung oder „hoffnungsloser“ Fehlleitung von Personen führen, welche wegen ihres Gesundheitszustandes nicht mehr die gesetzlich definierten Mindestleistungsfähigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt aufbringen können. Diese Gruppe könne von der Aktivierung nicht profitieren und sei im Arbeitslosengeldbezug fehlallokiert.

Köhler-Rama (2003) beschäftigt sich aus versicherungsökonomischer und sozialrechtlicher Perspektive mit einer *sozialverträglichen Verlängerung der Lebensarbeitszeit* durch Heraufsetzen der gesetzlichen Regelaltersgrenze des Renteneintritts, um auf die Folgen des demographischen Wandels zu reagieren. Er sieht die Vermeidung von Invalidität bei älteren Jahrgängen als Weg zur besseren Nutzung des Erwerbspotentials. Voraussetzung dafür ist die Steigerung von Präventions- und Rehabilitationsbemühungen. Besonders das Rentenversicherungssystem bietet, so der Autor, für Unternehmen noch keine ausreichenden Anreize Invalidität zu vermeiden, da die Kosten der EM-Renten auf die Versichertengemeinschaft „abgewälzt“ werden können. Auch ist zu bedenken, dass solange es kostengünstig für Unternehmen ist ältere ArbeitnehmerInnen freizusetzen, eine altersgerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen und Karriereverläufen unwahrscheinlich bleibt. Daher diskutiert der Autor einen möglichen Reformansatz, der die Kosten für eine EM-Rente innerhalb der Sozialversicherung stärker den Verursachern zuführt, um so den Anreiz zur Vermeidung von Invalidität zu steigern. Diese Möglichkeit sieht er mit der Ausweitung der Zuständigkeit der Unfallversicherung auf das allgemeine Invaliditätsrisiko, durch „[...] die Zusammenfassung der gesamten Invaliditätssicherung im System der gesetzlichen Unfallversicherung.[So könnte] die Effizienz der Invaliditätssicherung innerhalb der gesetzlichen Sozialversicherung insgesamt gesteigert und gegenüber der demographischen Herausforderung gestärkt werden, anstatt sie – wie vielfach gefordert – abzubauen, d.h. ihren Deckungsumfang zu reduzieren.“ (Köhler-Rama 2003: 9) Auf diese Weise könne eine ineffiziente Verlagerung des Invaliditätsrisikos in den privaten Versicherungsbereich vermieden und die oben beschriebene Prävention von Invalidität gestärkt werden. In seiner versicherungsökonomischen Analyse identifiziert der Autor „zwei Quellen der Ineffizienz“ bei der Absicherung von Erwerbsminderung der Rentenversicherung: Die Zwangssubventionierung (Präferenzungerechtigkeit), welche aus der Versicherungspflicht und der Einheitlichkeit von Prämie und Deckungsumfang resultiert, sowie das so genannte „moral hazard“, welches es den Arbeitgebern und ArbeitnehmerInnen ermöglicht sich besser zu stellen, wenn sie weniger Präventionsaufwand betreiben. Der Autor kommt zu dem Schluss, dass eine Reform der Invaliditätsversicherung innerhalb des Sozialversicherungssystems an der Reduzierung des moral hazards ansetzen muss, welche die bisher grundlegende Ursache für Ineffizienz ist. „Eine Erweiterung des Risikoumfangs der gesetzlichen Unfallversicherung würde somit zu einer effizienteren Verwendung der Mittel in der Sozialversicherung insgesamt führen. Innerhalb der gesetzlichen Rentenversicherung würde das moral hazard verringert, d.h. es entfielen der Anreiz [...] ältere Arbeitnehmer auf Kosten der gesetzlichen Rentenversicherung vorzeitig freizusetzen, was eine Voraussetzung

für höhere Erwerbsquoten älterer Jahrgänge ist. Innerhalb des Prämienhebungssystems der gesetzlichen Unfallversicherung führt eine höhere Schadenssumme immer zu einer höheren Umlage. Je höher der berufsgenossenschaftliche Beitrag, desto höher – gerade auch für kleine und mittlere Unternehmen – der Anreiz zur Schadensverhütung bzw. Gesundheitsförderung“ (Köhler-Rama 2003: 191)

Münstermann (2014) befasst sich mit den *Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Finanzierung der EM-Rente*. Zurzeit finanzieren alle ArbeitnehmerInnen mit einem Einkommen über 450 Euro in der umlagefinanzierten gesetzlichen Rentenversicherung deren Leistungen. Nach der EM-Rentenreform 2001 berechnet sich die EM-Rentenhöhe durch die allgemeine Formel: monatliche Rente = EP (Zahl der Entgeldpunkte) x ZF (Rentenzugangsfaktor) x RAF (Rentenartfaktor) x aRW (aktuellem Rentenwert). Einfluss auf die Rentenhöhe haben zusätzlich Abschläge von max. 10,8%. Das Leistungsniveau veranschaulicht der Autor an einem Beispiel: Um eine über dem Grundsicherungsniveau (760 Euro) liegende EM-Rente zu erhalten, müssten Versicherte ab dem 25ten Lebensjahr durchschnittlich 87% des Durchschnittsentgelts verdienen. Wird schon ab dem 18ten Lebensjahr gearbeitet, sind es mindestens 72%. Versicherte, die weniger verdienen oder, selbst wenn sie zeitweise ein höheres Entgelt beziehen, eine unterbrochene Erwerbsbiographie aufweisen, erzielen kein über der Grundsicherung liegendes Rentenniveau. Münstermann führt an, dass 10,8% der EM-RentnerInnen im Jahr 2011 geringe EM-Renten nicht durch Vermögen oder andere Einkommensarten ausgleichen konnten und daher ergänzend bedürftigkeitsgeprüfte Grundsicherung beziehen mussten (bei Altersrenten waren es nur 2%) und folgert: „Die GRV bietet im Durchschnitt keinen existenzsichernden, geschweige denn lebensstandardsichernden, Absicherungsgrad gegen Erwerbsminderung mehr.“ (Münstermann 2014: 358) Um diese Entwicklung abzufedern, diskutiert der Autor private Zusatzversicherungen, ähnlich den Entwicklungen in der Alterssicherung. Zur Disposition stand bei der 2009 gewählten Koalition die Förderung einer „EM-Riester“. Probleme einer solchen zusätzlichen Absicherung werden bei der Prämien differenzierung gesehen, welche verteilungspolitische Fragen aufwirft. ArbeitnehmerInnen mit, in Bezug auf Erwerbsminderung, riskanten Berufen würden höhere Prämien zahlen, als solche mit geringerer Erwerbsminderungswahrscheinlichkeit. Die Prämie für gefährdete Berufsgruppen werde demnach meist deren Zahlungsfähigkeit übersteigen, was zur Folge hätte, dass diese Personen bei Freiwilligkeit auf die Versicherung verzichten und im Falle der Erwerbsminderung die Grundsicherung in Anspruch nehmen. Staatliche Förderungen könnten dieses Problem nicht substanziell beheben. Auch staatliche Eingriffe in den privaten Versicherungsmarkt wären möglich, könnten aber zu Durchschnittsprämien führen, welche wiederum Niedrigrisikofälle dazu bringen könnte keine Versicherung abzuschließen, mit der Folge, dass die Versicherung unrentabel wird. Pflichtversicherungen könnten negative Verteilungswirkungen beinhalten und wie eine Lohnkürzung wirken, was einen negativen Arbeitsanreiz schafft. Vor diesem Hintergrund stellt der Autor die Frage, ob die Folgen des demographischen Wandels eine „von der Altersrente getrennte, umlagefinanzierte Erwerbsminderungsversicherung, in einem mit der Altersrente vergleichbaren Maße vor ein Finanzierungsproblem stellen würde.“ (Münstermann 2014: 5) Münstermann kommt zu dem Schluss, dass geplante Reformen der EM-Rente zwar die Leistungen für EM-

RentnerInnen verbessern können, aber keine grundlegende Lösung für Finanzierungsprobleme darstellen. Für die Altersrente sinnvolle Reformen in Bezug auf den demographischen Wandel sind bei der EM-Rente wenig(er) zielführend. Dies liegt vor allem daran, dass die EM-Rente mit dem Erreichen der Regelaltersgrenze in eine Altersrente umgewandelt wird, sich also die gestiegene Lebenserwartung im demographischen Wandel auf die EM-Rente nicht ausgabensteigernd auswirkt. Schließlich führt der Autor noch an, dass die Akzeptanz des „gesetzlichen Zwangssystems“ durch die Tatsache, dass langjährige Versicherte mit niedrigem Einkommen im Falle von Erwerbsminderung nicht bessergestellt sind als Personen, die nie gearbeitet haben, gefährdet wird. Ein zu diskutierender Lösungsansatz für die ausgeführten Probleme wäre, gerade in Zeiten des demographischen Wandels, eine institutionelle Trennung der Versicherung des Langlebighkeits- und des Erwerbsminderungsrisikos innerhalb der Sozialversicherungen, die auch ein nachhaltig höheres EM-Rentenniveau beinhalten könnte.

Sternberger-Frey (2014) setzte sich mit der Frage auseinander, ob *private Berufsunfähigkeitsrenten* zu Armutsrisiko führende Versorgungslücken bei Invalidität schließen können. Die Autorin stellt fest, dass seit der Reform der gesetzlichen Invaliditätsabsicherung 2001 Verbraucher verstärkt auf private Absicherungen angewiesen sind, um im Falle von gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit Altersarmut zu vermeiden. Sie führt an, dass das Konzept, dem sinkenden Leistungsniveau der gesetzlichen Rentenversicherung durch Förderungen (Zulagen und Steuererleichterungen) beim Aufbau privater Vorsorgeverträge entgegenzuwirken, bei gesundheitsbedingter Berentung nicht funktional ist. Dies liegt zum einen daran, dass zu geringe staatliche Anreize zur privaten Absicherung von Erwerbsminderungs- und/oder Berufsunfähigkeitsrenten bestehen. Zum anderen die private Versicherungswirtschaft kaum Tarife anbietet, die einen substanziellen Schutz vor den finanziellen Folgen von Invalidität darstellen (siehe auch Münstermann 2014). Dies gilt vor allem vor dem Hintergrund, dass seit der Einführung der EM-Rente bei allen nach 1961 Geborenen der erlernte und ausgeübte Beruf bei der staatlichen Absicherung nicht mehr beachtet wird, sondern alleine die Arbeitsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt zählt. Damit ist der staatliche Schutz vor finanziellen Folgen von gesundheitsbedingtem Arbeitsplatzverlust ohnehin stark eingeschränkt worden. Darüber hinaus ist durch die rechtliche Definition von Erwerbsfähigkeit und möglicherweise nicht erfüllten Warte- und Pflichtbeitragszeiten das Erlangen eines Anspruchs auf EM-Rente oft nicht gesichert bzw. es kann nicht prinzipiell von solch einem ausgegangen werden. Daher sei eine private Absicherung von Erwerbsunfähigkeit unerlässlich, da sonst Erwerbsunfähigkeit „geradewegs in die Altersarmut“ führt. Die Autorin gibt an, dass schätzungsweise über 80% der ArbeitnehmerInnen über keinen ausreichenden oder nur einen lückenhaften Schutz vor Erwerbsminderung verfügen. Für Risikogruppen bestehe ohnehin keine Möglichkeit private Vorsorgeleistungen zu finanzieren, ebenso können geringverdienende Haushalte sich eine private Vorsorge nicht leisten und sind daher besonders von Altersarmut gefährdet. Problematisch sind hohe Zugangshürden zu Versicherungsangeboten, eine verstärkte Berufsgruppendifferenzierung sowie unzureichende Vertragslaufzeiten. Den privaten Versicherern attestiert die Autorin ihre sozialpolitische Aufgabe nicht zu erfüllen. „Lediglich knapp 40 Prozent aller Erwerbstätigen in Deutschland besitzen überhaupt

einen Vertrag, und selbst wer eine Police besitzt, ist selten ausreichend abgesichert. Mit Monatsrenten von durchschnittlich 400 Euro [...] beziehungsweise bis zu 900 Euro [...] ist die finanzielle Absicherung im Ernstfall viel zu gering, um die finanziellen Einbußen bei Invalidität auszugleichen.“ (Sternberger-Frey 2014: 119) Außerdem würden schon geringe Vorerkrankungen, Hobbies oder berufliche Belastungen zur Verweigerung einer Versicherung, dem Ausschluss von Risiken oder hohen Risikozulagen führen. Zu geringe Vertragslaufzeiten, besonders für Personen mit körperlich belastenden Berufen, die nur bis zum 60ten oder 62ten Lebensjahr einen Versicherungsschutz bieten, enden gerade dann, wenn das Risiko berufsunfähig zu werden signifikant steigt. Sternberger-Frey weist darauf hin, dass der Staat die Tarifgestaltung der privaten Versicherer nicht hinnehmen sollte, da so Gewinne privatisiert, echte Risiken aber weiterhin vom Sozialstaat getragen werden müssen. Die Autorin folgert, dass grundlegende Reformen notwendig sind, die entweder einen staatlichen Grundschutz beinhalten oder die Zugangsvoraussetzungen und Kosten für eine private Vorsorge regulieren.

Die ökonomische Situation von EM-RentnerInnen wird allerdings nicht nur aus der Makroperspektive heraus thematisiert. So untersuchte Märtin (2017) die *materielle Lage von EM-RentnerInnen im Kontext ihrer Lebensformen*. Ausgangspunkt der Studie ist eine von der Autorin identifizierte Forschungslücke, wonach bisher substanzielle empirische Ergebnisse, auf deren Basis eine seriöse Einschätzung der ökonomischen Lage bei EM-RentnerInnen vorgenommen werden kann, fehlen. Zur Schließung dieser Forschungslücke nutzt die Autorin Daten aus repräsentativen Befragungen von EM-RentnerInnen und Routinedaten der Rentenversicherung, die im Rahmen des Projektes „Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung“ erhoben wurden. Zur Beurteilung der materiellen Lage bei EM-Berentung diente ein Abgleich der theoretischen Grundlagen der sozialstaatlichen Erwerbsminderungssicherung mit der vorzufindenden materiellen Lage. Vor diesem Hintergrund wurden die Daten deskriptiv und multivariat, unter der Heranziehung von Vergleichsdaten der deutschen Bevölkerung, analysiert. Außergewöhnlich innerhalb des Forschungsstandes zur sozioökonomischen Situation von EM-RentnerInnen ist, dass die Autorin elaborierte soziologische Konzepte der Lebensformforschung nutzt, um die materielle Lage in einem sozialen Kontext darstellen zu können. Damit gelingt es, die materielle Existenzsicherung auf soziale Kontexte, wie die Arbeitsteilung im Haushalt der RentnerInnen und die allgemeinen Haushaltseinkünfte zu beziehen, ohne welche eine realistische Beurteilung der Erwerbs- und Teilhabechance von EM-RentnerInnen nicht vorgenommen werden kann. Die Ergebnisse zeigen, dass 40% der untersuchten EM-RentnerInnen in kinderlosen Partnerschaften und 19% in Kernfamilien leben, 5% sind alleinerziehend, 31% sind alleinlebend. Im Vergleich mit der Durchschnittsbevölkerung sind EM-RentnerInnen damit weniger oft familiär gebunden. Die Autorin folgert, dass dies für die Betroffenen tendenziell eher ungünstig ist, da eine familiäre Anbindung im Falle von Erwerbsminderung eine finanzielle und soziale Unterstützung bietet. Insgesamt weisen die Untersuchten und ihre Haushalte im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung einige Merkmale auf, die sich negativ auf eine eigenständige materielle Existenzsicherung (sowohl schon im Erwerbsverlauf als auch während der Erwerbsminderung) auswirken, wie geringe Qualifikation und gesundheitliche Einschränkungen. Die Er-

gebnisse bestätigen die Annahme, dass es sich bei den untersuchten erwerbsgeminderten Personen und ihren Lebensformen um eine sozial besonders vulnerable Gruppe handelt. Die Einkünfte der EM-RentnerInnen und deren (bedarfsgewichtete) Haushaltseinkünfte fallen wesentlich geringer aus als in der 40-64-jährigen Vergleichsbevölkerung. Im Weiteren ließen sich Unterschiede in der materiellen Lage innerhalb der Gruppe der EM-RentnerInnen feststellen: Über die wenigsten Ressourcen verfügen Alleinerziehende, dagegen sind partnerschaftliche Lebensformen besser situiert. Die Autorin stellt außerdem fest, dass weibliche, erwerbsgeminderte Personen zwar individuell schlechter versorgt sind als männliche Personen, allerdings kehrt sich dieses Verhältnis um, wenn der Lebensformkontext beachtet wird. So bessert vor allem das Leben in Kernfamilien und kinderlosen Partnerschaften die Lage von weiblichen Personen. Die Autorin sieht des Weiteren ihre These bestätigt, dass die EM-Rente bei der materiellen Sicherung der untersuchten Personen keine ausschlaggebende Rolle spielt. Die Einkünfte bei alleinstehenden und alleinerziehenden Personen stammen zwar hauptsächlich aus der gesetzlichen EM-Rente, in anderen Lebensformen wird sie aber durch zusätzliche Einkommensquellen, wie Einkünften der Lebensformmitglieder, ergänzt. Ein weiterer Befund ist, dass insgesamt die Lebensform und das Geschlecht einen „relevanten“ Einfluss auf die materielle Lage der EM-RentnerInnen zeigen. Dagegen wirken sich andere Faktoren, wie Arbeitslosigkeit, Erkrankung im Erwerbsleben und soziodemographische Merkmale, kaum aus. Die Autorin resümiert, dass die materielle Lage von EM-RentnerInnen derzeit als kritisch einzustufen ist. Im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung verfügt die untersuchte Gruppe über wesentlich weniger Einkommen. Dies zeigt sich unter anderem am Bezug von staatlicher Mindestsicherung der betroffenen Haushalte und deren Armutsgefährdung. Demnach kann die Lebensform die materiellen Defizite bei Erwerbsminderung nicht bewältigen, was durch den Umstand, dass die Untersuchungsgruppe ohnehin sozial hoch vulnerabel ist, besonders gravierend ist. Die Autorin konstatiert eindeutigen Handlungsbedarf des Sozialstaates zur Verbesserung der Situation hin zu einer „wirksamen, zukunftsfesten Absicherung des Erwerbsminderungsrisikos“. Schon Martin und Zollmann (2013) setzen sich mit *der sozioökonomischen Situation* von EM-RentnerInnen auseinander und kamen zu dem Schluss, dass nur wenige der Betroffenen als zweite oder dritte Säule über eine betriebliche oder private Invaliditätsversicherung verfügen (siehe auch Rische 2010). Die Autorinnen schließen daher, dass der Paradigmenwechsel von der Lebensstandardsicherung aus der gesetzlichen Rente zu weiteren Vorsorgeversicherungen bei EM-RentnerInnen (noch) nicht funktioniert.

3.4 Zusammenfassung und Fazit

Der rechtliche, sozialpolitische und ökonomische Forschungsstand bietet eine makrostrukturelle Rahmung des derzeitigen EM-Rentengeschehens. Für die Frage nach der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen ist dieser Forschungsstrang relevant, da aktuell diskutierte Themen und Herausforderungen der angewandten Rehabilitationsforschung hinsichtlich ihrer Entstehungsursachen und potentiellen Lösungsansätze durch die Einordnung

in den Gesamtkontext des sozialen Sicherungssystems nachvollziehbar werden. Aufgegriffen werden allgemeine Themenbereiche, wie die ökonomische Situation von EM-RentnerInnen oder rechtliche Hindernisse bei Return to Work-Prozessen, aber auch speziellere Phänomene, beispielsweise problematische Aspekte von „Arbeitsmarktrenten“ (siehe auch Abschnitt 5.4). Wie aus dem Forschungsstand der Rehabilitationsforschung bekannt, wirken sich besonders *ökonomische Unsicherheiten, intransparente Rechtslagen und mangelnde, finanzielle Anreize negativ auf die Rückkehrmotivation der EM-RentnerInnen* aus. Aus dieser Perspektive heraus sind sozialrechtliche, -politische und ökonomische Arbeiten zu den Ursachen von ökonomisch-prekären Lebenssituationen von EM-RentnerInnen, möglichen Reformen der (starren) Zuverdienstregelungen und der Ausarbeitung von Lösungsansätzen hochgradig relevant für die Konzeption von Rehabilitationsmaßnahmen und der Rückkehr ins Erwerbsleben von gesundheitlich beeinträchtigten Versicherten. Folglich sind die genannten Forschungsstränge, selbst wenn sie keine explizit thematisierten, konkreten Bezüge zu der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen herstellen, bei der interdisziplinären Systematisierung des EM-Rentenforschungsstandes und dem ursächlichen Verstehen der systemischen Rahmenbedingungen, welche die Arbeitsmarkt(re)integration prägen, zu beachten. Die Aufarbeitung des Forschungsstandes erfolgte entlang der Kategorisierung in *sozialrechtliche (3.1)*, *-politische (3.2)* und *ökonomische (3.3)* Arbeiten. Wobei auch bei diesem Forschungsstrang oft keine strikte, eindimensionale Zuteilung der Studien möglich ist, da sich, besonders im Rahmen von Reformvorschlägen, Überschneidungen der einzelnen Disziplinen aus inhaltlichen Gründen ergeben. In diesen Fällen fand die Zuordnung daher im Zweifelsfall eher anhand thematischer, anstatt disziplinärer Kriterien statt.

Der *sozialrechtliche* Forschungsstand kann als eine Perspektive der Makroebene auf die gesetzliche Regulation der EM-Rente beschrieben werden, die bisher nur lose mit konkreten Rehabilitationsmaßnahmen oder auf die lebensweltliche Situation von EM-RentnerInnen konzentrierten, empirischen Studien der Meso- und Mikroebene verknüpft ist. Behandelt werden vor allem Kopplungen und Wechselwirkungen der EM-Rente mit anderen Teilsystemen der sozialen Sicherung, wobei die Altersrente (und die für die EM-Rente problematische Hinwendung zum drei Säulenmodell) und die Mindestsicherung hervorzuheben sind (siehe Viebrok 2004; Rische 2010; Schuler-Harms 2018). Ebenso besteht eine intensive Auseinandersetzung mit der Frage nach sozialer Gerechtigkeit und Teilhabe in Hinblick auf das, immer wieder als unzulänglich kritisierte, Leistungsniveau der EM-Rente (siehe Thiede 2018). Gegenstand ist auch eine mangelnde Beachtung des Rechts auf Teilhabe an Arbeit durch ungenügende Anstrengungen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt bei erwerbsminderungsberenteten Versicherten. So setzen sich etwa Welti und Groskreutz (2013; siehe auch Mittag/Welti 2017) grundlegend mit der (sozialrechtlichen) Marginalisierung von EM-RentnerInnen auseinander und fordern umfassende Reformen der Prävention, Rehabilitation und sozialen Sicherung bei geminderter Erwerbsfähigkeit. Kernkritik ist, dass EM-Renten, im Gegensatz zu Altersrenten, nach geltendem Rechtsverständnis keine Dauerleistung sind, in der Praxis aber meist so gehandhabt werden. Als Grundproblem stellt sich dar, dass die Rentenversicherung durch ihre historische Entwicklung sowohl für Alters- als auch für Erwerbsminderungssicherung zuständig ist (siehe auch Rische 2010). Daraus ergibt sich, we-

gen der derzeitigen Fokussierung auf die Alterssicherung, eine unzulässige Vernachlässigung der spezifischen Bedürfnisse von EM-RentnerInnen. Ein grundsätzlicher, vorgeschlagener Lösungsansatz für dieses Problem wäre die Überführung der Erwerbsminderungs-schutzes in die Grundsicherung, zumindest aber eine erhebliche Besserstellung von EM-RentnerInnen, etwa durch die Abschaffung von Abschlägen oder forcierte Bemühungen bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt. Insgesamt problematisiert werden sozialrechtlich unklare Zuständigkeiten zwischen der Grundsicherung und der EM-Rente, besonders bei den Gruppen der teilweisen und bedürftigen EM-RentnerInnen. Die Folge von zurzeit intransparenten sozialrechtlichen Zuständigkeiten können sowohl prekäre Lebenssituationen der Betroffenen als aber auch die ausbleibende oder unzureichende Unterstützung bei der (Re)Integration in den Arbeitsmarkt sein (siehe Knuth 2014). In Bezug auf die Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen beschäftigen sich die ausgewerteten Studien mit „Lücken“ im Sozialrecht (siehe Deinert 2018) bzw. spezifischen Personengruppen, die bei der derzeitigen Rechtslage nicht erreicht werden (siehe Schäfer 2018). Die restriktive Definition von Erwerbsunfähigkeit und die geringe Reagibilität der Zugangssteuerung zur EM-Rente mit dem sozialrechtlichen Ziel, ein stark auf den Arbeitsmarkt hin orientiertes soziales Sicherungssystem zu etablieren, kann demnach zu einer unzureichenden Förderung von gesundheitlich beeinträchtigten ArbeitnehmerInnen führen, was deren Chancen auf Teilhabe am Arbeitsleben verringert. Dies trifft etwa zu, wenn zwar formell eine Erwerbsfähigkeit vorliegt, aber auf Grund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen faktisch keine Chancen auf dem Arbeitsmarkt vorhanden sind. In diesem Kontext werden besonders „Arbeitsmarktrenten“, also die Gewährung von vollen EM-Renten wegen verschlossenem Arbeitsmarkt, als problematisch beschrieben. Arbeitsmarktrenten bedeuten demnach einerseits eine Risikoverlagerung von der Arbeitslosenversicherung zur Rentenversicherung und können andererseits zu einem Ausbleiben von Aktivierung bei den berenteten Personen führen (siehe Knuth 2014; Banafsche 2018; Aurich-Beerheide et al. 2018). Als konkrete sozialrechtliche Hürden bei der Arbeitsmarkt(re)integration werden auch starre Zuverdienstregelungen genannt sowie fehlende gesetzlich regulierte Verpflichtungen von Arbeitgebern bei Return to Work-Prozessen (vor allem beim BEM) (siehe Mittag/Welti 2017; Dittmann 2018b).

Arbeiten, die sich mit den *sozialpolitischen* Komponenten von EM-Renten auseinandersetzen, beschäftigen sich vorwiegend mit der Analyse und Bewertung von bisherigen Rentenreformen, Zielkonflikten im sozialen Sicherungssystem, der Zugangssteuerung und der Formulierung von Reformvorschlägen. Für den Verbleib im Erwerbsleben sowie die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt von erwerbsgeminderten Personen ergeben sich dahingehend Relevanzen, da sich die ausgewerteten Arbeiten auch dezidiert mit der sozialpolitischen Schaffung von Anreizen zum Verbleib oder der Rückkehr ins Erwerbsleben und der Rentenzugangssteuerung beschäftigen (siehe Viebrok 2004). Auffallend ist, dass Erwerbsminderung(srenten) im sozialpolitischen Forschungsstand meist im Kontext von Arbeitsmarkt- und Rentenreformen thematisiert werden und der Aspekt der Altersarmut bzw. deren Verhinderung besonders stark hervorgehoben wird (siehe Reimann 2003; Schnabel 2015; siehe auch Abschnitt 5.2). Als insgesamt problematisch gilt eine weitestgehende Ausklammerung von EM-Renten aus der sozial- und rentenpolitischen Reformdebatte sowie der Umstand, dass

EM-RentnerInnen eine von Einkommens- und Altersarmut besonders betroffene Gruppe darstellen (siehe Bäcker 2014). Als ursächlich für diese Entwicklung werden – vor dem allgemeinen Trend der sinkenden Entgeldpunkte und des verringerten Rentenniveaus – eine Konzentration der Erwerbsbiographien von EM-RentnerInnen innerhalb des Niedriglohnsektors sowie die geltenden Regelungen zu Rentenabschlägen angeführt (siehe Brussig/Ribbat 2014; Keck 2015; Kress-del Bondio 2018). Vor allem die Rentenabschläge werden als sozialpolitisch reformbedürftig thematisiert, da sie nicht nur zu einer Prekarisierung (Altersarmut) der ohnehin schon sozial und ökonomisch vulnerablen Gruppe der erwerbsgeminderten Personen beitragen, sondern bei dieser Gruppe auch ihre ursprünglich angestrebte Wirkung verfehlen (siehe Bäcker 2013a, 2013b). Die Logik der Abschläge ist demnach für die Steuerung des Rentenzugangs in Altersrenten konzipiert, soll also ein politischer Anreiz sein auf eine frühzeitige Verrentung zu verzichten. Bei EM-RentnerInnen greift diese Steuerung allerdings nicht, da die Betroffenen in so gut wie allen Fällen keine Wahl haben ihre Berentung zeitlich zu verzögern. Daher findet sich in mehreren Arbeiten der Vorschlag auf Abschläge bei der EM-Rente aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit und der Vermeidung von Altersarmut zu verzichten. Demgegenüber steht die Ansicht, dass Abschläge nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts verfassungskonform sind, ihre Abschaffung hohe Kosten verursachen würde, Unterschiede zur Altersrente eliminieren und besonders hinsichtlich des sozialpolitischen Ziels des möglichst langen Verbleibs im Erwerbsleben zu Fehl- bzw. Substitutionsanreizen, wie ein Ausweichen von vorgezogenen Altersrenten in die EM-Rente oder deren Missbrauch, führen könnten (siehe Rische 2010; Schnabel 2015). Ebenfalls kritisch bewertet werden starre Hinzuverdienstregelungen bei der EM-Rente (siehe Czepek/Weber 2015). Vor dem Hintergrund der allgemeinen Bestrebungen einer Flexibilisierung der Rente, mit dem Ziel eine längere Erwerbsbeteiligung zu erzielen, wirken sich die gegenwärtigen Hinzuverdienstregelungen besonders bei EM-RentnerInnen hemmend auf einen Return to Work aus. Die derzeitigen Regelungen führen zu Fehlanreizen, da ein Hinzuverdienst sogar negative finanzielle Auswirkungen haben kann. Demnach, so eine verbreitete Position in den ausgewerteten Arbeiten, sollte die Einführung von stufenlosen Hinzuverdienstregelungen geprüft werden. Positiv wird angemerkt, dass das „Rentenpaket 2014“ schon einige Besserstellungen für EM-RentnerInnen, wie die Günstigerprüfung, beinhaltet. Ebenfalls im Forschungsstand zu finden ist aber auch die Ansicht, dass diese Maßnahmen nicht ausreichend sind und lediglich für Rentennewuzugänge gelten, während der Großteil der BestandsrentnerInnen davon nicht profitiert (siehe Hagen/Rothgang 2014).

Der *volkswirtschaftliche und (versicherungs)ökonomische* Forschungsstand zu EM-Renten behandelt vor allem die Analyse und Prognose der Finanzierbarkeit der Absicherung von Erwerbsminderung innerhalb der sozialen Sicherungssysteme und beschäftigt sich mit der Entwicklung der Leistungshöhe, Zugangsvoraussetzungen und möglichen alternativen Finanzierungsmodellen, wie etwa privaten oder betrieblichen Erwerbsunfähigkeitsversicherungen. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels sowie bisheriger Renten- und Arbeitsmarktreformen wird die finanzielle Nachhaltigkeit hinsichtlich des Rentenniveaus geprüft (siehe Ehrentraut/Moog 2017). Im Forschungsstand immer wieder aufzufinden ist die Einschätzung, dass die Rentenreformen der letzten Jahre, mit den Zielen den Frühverren-

tungstrend zu stoppen, die Ausgabenentwicklung der sozialen Sicherungssysteme zu bremsen und die Alterssicherung teil zu privatisieren, zu einer deutlichen finanziellen Schlechterstellung von erwerbsgeminderten Personen führten. Zusätzlich wurden die spezifischen Bedürfnisse und ökonomische Situationen dieser Personengruppe, welche nicht auf Anreize zum längeren Verbleib im Erwerbsleben reagieren können, während der Reformbestrebungen zu wenig beachtet (siehe Bogedan/Raser 2008; Brussig/Knuth 2010; Knuth/Kaps 2014; Münstermann 2014; Weber 2015). Demnach sind besonders EM-Renten von dem allgemeinen Trend des sinkenden Leistungsniveaus der Rentenzahlungen betroffen. Die Rentenreformen der letzten Jahre können also auch als eine strukturelle Schlechterstellung von erwerbsgeminderten Versicherten verstanden werden. Ähnlich wie im sozialrechtlichen- und politischen Forschungsstand wird die Abschaffung der Abschläge als ein möglicher Ansatz zur Verbesserung der Leistungsseite der EM-Rente diskutiert, welche hauptsächlich für das deutliche Absinken der Nettzahlbeträge verantwortlich gemacht werden (siehe Bogner/Rasner 2008; Kemptner 2014). Diese Maßnahme, so die verbreitete Argumentation, könne die vulnerable Gruppe der EM-RentnerInnen substanziell und zielgenau entlasten, ohne zu nicht vertretbaren Belastungen der BeitragszahlerInnen zu führen. Der Forschungsstand beinhaltet auch die Identifizierung und Beschreibung von besonders durch materielle Notlagen und Altersarmut bedrohte Haushalte von EM-RentnerInnen. Zu dieser Gruppe gezählt werden solche Haushalte, welche nicht auf finanzielle Rücklagen zurückgreifen können, keine privaten Versicherungen abgeschlossen haben, alleinstehend oder alleinerziehend sind (siehe Kemptner 2014; Martin 2017). Neben nicht greifenden Anreizen zum längeren Verbleib im Erwerbsleben bei erwerbsgeminderten Personen durch die (Alters)Rentenreformen wird auch kritisiert, dass eine private Absicherung für den Fall der Erwerbsminderung nicht – wie für die private Alterssicherung beabsichtigt – möglich ist. Zum einen bestehen bisher keine staatlichen Anreize zur privaten Absicherung von Erwerbsminderung, zum anderen bietet aber auch die private Versicherungswirtschaft keine Tarife an, welche einen substanziellen Schutz ermöglichen. Darüber hinaus haben besonders Versicherte mit niedrigem Einkommen, welche überproportional von Erwerbsminderung bedroht sind, begrenzte finanzielle Möglichkeiten einen privaten Versicherungsschutz aufzubauen. Für Risikoberufende sind Versicherungstarife meist unbezahlbar. Im Forschungsstand genannt wird, dass 80% der ArbeitnehmerInnen über keinen ausreichenden oder nur lückenhaften Schutz gegen Erwerbsminderung verfügen (siehe Rische 2010; Martin/Zollmann 2013; Sternberger-Frey 2014). Als positive Effekte der derzeitigen Entwicklungen werden durch die geringe Leistungshöhe verringerte Missbrauchsfälle und die Möglichkeit Hürden beim EM-Rentenzugang abzubauen genannt (siehe Kemptner 2014). Lösungsvorschläge für die Steigerung des geringen Leistungsniveaus sind die Einführung einer oberhalb der Armutsgrenze liegenden Mindestrente und ähnlich der Alterssicherung konzipierte, staatlich geförderte private Absicherungen („EM-Riester“). Diskutiert wird auch eine institutionelle Trennung der Versicherung des Langlebigkeits- und des Erwerbsminderungsrisikos innerhalb der Sozialversicherung und eine Verlagerung des Invaliditätsrisikos auf die Arbeitgeberseite (Köhler-Rama 2003; Münstermann 2014).

Wie aus der Aufarbeitung des Forschungsstands deutlich wird, bietet dieser das Potential die in rehabilitationswissenschaftlichen Arbeiten thematisierten, konkreten Problematiken im EM-Rentengeschehen bzw. deren Bewältigung ins Verhältnis zur sozialrechtlichen Regulation und ungelösten sozialpolitischen Fragestellungen zu setzen. Wobei aber auch festzustellen ist, dass bisher nur wenig Bezüge zwischen dem sozialrechtlichen,- politischen und ökonomischen Forschungsstand und dem der Rehabilitationswissenschaften bestehen. Dabei würde gerade das gemeinsame Ziel der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen Chancen für die *wechselseitige Zuarbeit der Disziplinen bei den Themen Rückkehrmotivation und Gestaltung von (finanziellen) Anreizen* für ein Return to Work, der Vermeidung von prekären (materiellen) Lebenslagen und damit verbundener sozialer sowie beruflicher Desintegration bieten. So wird etwa die arbeitsmarktliche Situation von teilweisen EM-RentnerInnen bzw. den starren Hinzuverdienstregelungen bei EM-Renten auf einen generellen Konflikt zwischen (versicherungs)ökonomischen, rehabilitativ-therapeutischen und sozialpolitischen Zielen zurückgeführt: „Erwerbstätigkeit ist erwünscht, um die Partizipation zu fördern sowie Rentenausgaben zu begrenzen und zielgenau einzusetzen. Das finanzpolitische Ziel wird aber nur erreicht, wenn die Erwerbstätigkeit zu Rentenkürzungen führt. Dadurch wird [...] der Anreiz zur Erwerbstätigkeit verringert. Einen optimalen Kompromiss zwischen Anreizen und Einkommensanrechnung zu finden ist letztlich nur auf der Grundlage von ausführlichen empirischen Informationen über Verhaltenswirkungen möglich.“ (Viebrok 2004: 70) Diese Perspektive kann sozusagen als *komplementäre Analyse der Rahmenbedingungen* verstanden werden, unter welchen konkrete Rehabilitationsmaßnahmen zur Rückkehr in das Erwerbsleben stattfinden und in rehabilitationswissenschaftlichen Arbeiten als hemmenden Faktoren der Arbeitsmarkt(re)integration genannt werden. Gleichzeitig wird auf die Notwendigkeit der intensivierten empirischen Erforschung der Situation und des Verhaltens von EM-RentnerInnen hingewiesen, welche die Grundlage für effektive Reformvorschläge ist. Besonders für die Altersrente konzipierte politische Reformen zur Steuerung des Rentenzugangs, wie die Debatte um Abschläge bei Frühverrentung, haben demnach deutliche Auswirkungen auf die Situation von EM-RentnerInnen und beeinflussen so das Aufgabenspektrum der Rehabilitationsleistungserbringer. In Zukunft könnte ein intensiverer Austausch der Disziplinen zur Vermeidung von Fehlanreizen und forcierten Reformbemühungen bei den für die Arbeitsmarkt(re)integration als problematisch erkannten Regulationen dienen. Herauszustellen bei der Aufarbeitung des Forschungsstandes ist außerdem die häufige Thematisierung der (weitestgehenden) Ausklammerung von EM-Renten aus der bisherigen sozial- und rentenpolitischen Reformdebatte.² Diese Nicht-Thematisierung gilt als ein ungelöstes Problem, besonders im Hinblick auf die Bekämpfung von Altersarmutsrisiken (siehe Bäcker 2013a). Deutlich wird, dass die heutige spezifische Situation von EM-RentnerInnen und ihrer möglichen Rückkehr ins Erwerbsleben von einem historisch gewachsenen, sozialen Sicherungssystem geprägt ist, dass daher prinzipiell kontingent und veränderbar ist. Die Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen ist vor dem Hintergrund der Beschäftigung mit Zielkonflikten auf der Makroebene des sozialen Sicherungssystems aber auch dahin gehend zu verstehen, dass sich sozialrechtliche, -politische und -ökonomische Arbeiten mit der grundsätzlichen, gesamtgesellschaftlich relevanten Frage auseinandersetzen, wie der Über-

² Wobei allerdings zu beachten ist, dass sich jüngsten EM-Rentenbezogenen Reformen und vor allem Besserstellungen erst in Zukunft eindeutig im Forschungsstand abbilden werden.

gang vom Erwerbsleben sozialversicherungspflichtig Beschäftigter in den Ruhestand zukünftig gestaltet werden sollte. Daher werden, als in Zukunft zu bearbeitendes Forschungsdesiderat, ein weiteres Austarieren von EM-Rente, flexiblen Altersrenten, Altersteilzeit und Mindestsicherungen benannt, wobei besonders mögliche Verbesserungen der Leistungsseite bzw. des Rentenniveaus beforscht werden müssen (siehe exemplarisch Welti/Groskreutz 2013; Bäcker 2014; Münstermann 2014; Knuth 2014; Martin 2017; Banafsche 2018; Kressdel Bondio 2018).

4. Arbeitsmarkt(re)integration und Erwerbsminderungsrente: Sozialwissenschaftliches Theorieangebot

Neben der Systematisierung von Studien mit konkretem Bezug zum EM-Rentengeschehen ist ein weiteres Ziel der vorliegenden Metaanalyse angrenzende Wissensbestände mit in die Aufarbeitung des EM-Forschungsstandes einzubeziehen. Die *(Gesundheits)Soziologie und sozialwissenschaftliche Ungleichheitsforschung* liefern sowohl grundlagenwissenschaftliche Theoriebildung zum Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheitsrisiko (und damit auch Erwerbsunfähigkeit) als auch konkrete, empirische Ergebnisse zur sozialepidemiologischen Forschung (siehe Hurrelmann 2010; Richter/Hurrelmann 2016). Bisher findet allerdings im EM-Rentenforschungsstand der Rehabilitationswissenschaften sowie in (sozial)rechtlichen und ökonomischen Arbeiten höchstens ein impliziter Rückgriff auf den sozialwissenschaftlichen Wissensbestand statt. Ebenso greifen auch nur wenige genuin sozialwissenschaftliche ForscherInnen das Thema Arbeitsmarkt(re)integration bei EM-Berentung auf. Damit bleiben die Potentiale der sozialwissenschaftlichen Theoriebildung und Ungleichheitsforschung, die Ursachen und Folgen des EM-Rentengeschehens ursächlich zu verstehen und auf Basis theoretischer Modelle Handlungsempfehlungen für die Prävention und Rehabilitation zu entwickeln, ungenutzt.

Ein zentrales Ergebnis der sozialwissenschaftlichen Beschäftigung mit den Wechselwirkungen zwischen Gesellschaft und Gesundheit ist, dass die Morbidität (und Mortalität) – und damit verbunden die Inanspruchnahme von wohlfahrtsstaatlichen Leistungen, wie der EM-Rente – eindeutig abhängig von dem *sozioökonomischen Status* ist (siehe Lampert/Mielck 2008; Hagen et al. 2011; Peter 2012). Gegenstand der sozialen Ungleichheitsforschung ist zusätzlich die Frage nach dem Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Erwerbsleben und anderen *horizontalen Ungleichheitsdimensionen* wie Alter, Geschlecht oder ethnische Herkunft (siehe Kobelt et al. 2010; Brauer/Clemens 2010; Mika 2013; Kroll et al. 2016). So weisen beispielsweise Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung schon im jüngeren Lebensalter ein erhöhtes Aufkommen von chronischen Erkrankungen, altersbedingten Verschleißerscheinungen oder psychischen Erkrankungen und damit zusammenhängend fast doppelt so häufige Erwerbsminderungsquoten auf (siehe Razum/Brzoska 2017). Des Weiteren beschäftigen sich (medizin)soziologische Ansätze seit längerem mit den Wechselwirkungen zwischen Arbeit und Gesundheit (siehe Badura 1981; Siegrist 1996 u. 2005), die sich auf den Gegenstand „(medizinische) Rehabilitation“ anwenden lassen. Diskutiert werden etwa Anwendungsmöglichkeiten in den Bereichen Disease Management-Programme, der Analyse von Makro-Mikro-Wechselwirkungen im Rehabilitationssystem oder der Nutzung qualitativ-hermeneutischer Verfahren zur Einbindung der subjektiven Perspektive der RehabilitandInnen (Slesina 2008).

Neben dem empirischen Zugriff auf das Phänomen „Erwerbsminderung“ bieten die Gesundheitssoziologie, die Soziologie der Behinderung bzw. die Disability Studies zusätzlich eine *sozialtheoretische Perspektive auf gesundheitliche Beeinträchtigungen und Erwerbsarbeit*. Demnach sind gesundheitsbedingte Erwerbsminderung sowie deren soziale Folgen ein Teil

der gesellschaftlichen Konstruktion von Gesundheit und Krankheit (Schramme 2003; Cloerkes 2007; Kastl 2010; Waldschmidt 2012; Kardorff 2012). Dies ist besonders bei der Frage nach der geringen Teilhabe am Arbeitsleben von teilweisen EM-RentnerInnen bzw. ihren Hindernissen bei der (Re)Integration in das Erwerbsleben relevant. Ob Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen von potentiellen Arbeitgebern und KollegInnen als leistungsfähig eingestuft werden, sich der Umgang mit ihnen im Arbeitsalltag zugetraut wird oder sich die EM-RentnerInnen selbst auf Grund ihrer Identitäts- und Rollenwahrnehmung als arbeitsfähig einstufen, ist maßgeblich von gesellschaftlich vorherrschenden Krankheits- und Behinderungswahrnehmungen, Stereotypen oder auch Stigmatisierungen und Diskriminierungen abhängig. Gerade diese *sozialen Dimensionen von Return to Work-Prozessen*, die sowohl in die „großen“ gesamtgesellschaftlichen Funktionsbereiche, wie dem sozialen Sicherungssystem oder der Rechtsprechung, eingeschrieben sind, als aber auch in alltäglichen Interaktionen, wie Arzt-Patienten-Beziehungen oder dem Kontakt mit Vorgesetzten und KollegInnen, stetig (re)aktualisiert werden, sind bisher nur unzureichend bei der Konzeption von Rehabilitationsmaßnahmen und deren Evaluation berücksichtigt. Sozialwissenschaftliche Theoriebildung bietet hier das Potential, die teils stark empirisch geprägte Forschungslandschaft der EM-Rentenforschung theoretisch rückzubinden und so die aktuelle Entwicklung des EM-Rentengeschehens in ihrem gesellschaftlichen Kontext zu verorten sowie Ursache-Wirkungs-Beziehungen zu verstehen (siehe Mann 1997). Daher werden im Folgenden die relevanten theoretischen Perspektiven des soziologischen bzw. sozialwissenschaftlichen Forschungsstandes zusammengefasst und deren Potential, die rehabilitationswissenschaftliche sowie rechtswissenschaftliche, sozialpolitische und ökonomische Beschäftigung mit EM-Rente zu ergänzen, diskutiert. Da eine umfängliche Darstellung des gesamten gesundheitssoziologischen Forschungsstandes und des der Ungleichheitsforschung nicht möglich ist, fokussiert die folgende Aufarbeitung auf Forschungsstränge, welche für die Arbeitsmarkt(re)integration von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen bzw. für den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Erwerbsleben relevant sind. Wie bei den oben ausgeführten Disziplinen, ist die vollumfängliche Darstellung des sozialwissenschaftlichen Forschungsstandes nicht möglich. Stattdessen werden mögliche Synergien zwischen sozialwissenschaftlich-theoretischen Konzepten und Forschungsdesideraten der rehabilitationswissenschaftlichen, rechtlichen und ökonomischen Beschäftigung mit EM-Rente aufgezeigt. Diese Synergien werden anschließend – soweit vorhanden – anhand empirischer Studien illustriert.

Zuerst werden Grundannahmen der *Gesundheitssoziologie und der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung* vorgestellt (4.1), danach folgt die Aufarbeitung von EM-relevanten Konzepten der *Soziologie der Behinderung und der Disability Studies* (4.2). Abschließend wird anhand einiger exemplarischer *empirischer Studien* (4.3) gezeigt, welche Potentiale sozialwissenschaftlicher Theoriebildung bereits gewinnbringend in die EM-Rentenforschung einbezogen werden.

4.1 Gesundheitssoziologie und gesundheitliche Ungleichheitsforschung

Die Gesundheitssoziologie ist ein eigenständiges Teilgebiet der Soziologie „*das sich mit der Analyse der gesellschaftlichen (also sozialen, kulturellen, ökonomischen und ökologischen) Bedingungen für Gesundheit und Krankheit der Menschen befasst.*“ (Hurrelmann 2010: 13) Von der Medizinsoziologie grenzt sich die Gesundheitssoziologie ab, in dem sie sich bei der Wahl ihrer Gegenstände nicht lediglich mit „empiristischen, kleinteiligen und hochspezialisierten sowie vorwiegend [...] konkrete[n] Anfragen der Medizin“ (Ohlbrecht/Seltrecht 2018; siehe auch Kardorff 2018b) begnügt, sondern dezidiert das Wechselverhältnis zwischen Gesellschaft und Gesundheit in seiner gesamten Komplexität adressiert. Für die Fragen der Prävention von Erwerbsminderung und der Entwicklung von rehabilitativen Konzepten zur Arbeitsmarkt(re)integration gesundheitlich beeinträchtigter Personen bietet die Gesundheitssoziologie damit das Potential gezielt *soziale Bedingungsfaktoren für Erwerbsminderungen* zu identifizieren, Risikogruppen und deren spezifische Bedürfnisse zu benennen sowie Handlungsempfehlungen an die im Kontext von EM-Rente tätigen Akteure zu formulieren. Auf diese Weise können sowohl die Strukturen des gesamtgesellschaftlichen Umgangs mit Erwerbsminderung als auch die Funktionen des Gesundheitssystems bzw. die der sozialen Sicherung mit in die Aufarbeitung des Forschungsstandes einbezogen werden.

Für den EM-Rentenforschungsstand am relevantesten sind zwei Hauptthematiken der Gesundheitssoziologie: Zum einen die generelle Etablierung eines *sozialkonstruktivistischen Blicks auf Gesundheit und Krankheit*, welcher die Entstehung und sozialen Folgen von Erkrankungen neben den rein naturwissenschaftlich-biologischen Perspektiven in Verbindung mit dem sozialen Bezugssystem aus Normen und Werten beim gesellschaftlichen Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen setzt (siehe ausführlich 4.2) (Hurrelmann 2010). Die sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung wendet sich also gegen eine Perspektive auf Erkrankungen, welche diese nur auf der individuellen Ebene der Betroffenen untersucht. Kernargument der Soziologie von Gesundheit und Krankheit ist, „dass eine derartige Perspektive die gesellschaftlichen Faktoren und Prozesse ausblendet, die als einflussreiche Rahmenbedingungen für die Entstehung von Gesundheit und Krankheit fungieren“, wie in Abbildung 4 dargestellt (Richter/Hurrelmann 2016: 3; siehe auch Germov 2009; Nettleton 2013). Zum anderen ist die *Analyse und theoretische Verdichtung von vertikalen und horizontalen Ungleichheitsfaktoren (gesundheitliche Ungleichheit)* für die EM-Rentenforschung relevant. Dieser Forschungsstrang kann genutzt werden, um die Rolle von gesellschaftlich ungleich verteilten Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen bei der Arbeitsmarkt(re)integration von erwerbsgeminderten Personen zu untersuchen (siehe Lampert 2016; siehe auch Abschnitt 5.3). Soziale Ungleichheiten werden auch in den Rehabilitationswissenschaften und den sozialrechtlichen Studien im Rahmen der Beschäftigung mit EM-Berentung immer wieder thematisiert, etwa wenn festgestellt wird, dass ein niedriger sozio-ökonomischer Status das EM-Berentungsrisiko erhöht, spezielle Lebensformen ein erhöhtes Risiko von Armut im EM-Rentenbezug aufweisen (siehe Martin/Zollmann 2013; Martin 2017) oder sozial desintegrierte Versicherte eine verringerte Rückkehrmotivation bzw. -chance ins Erwerbsleben zeigen (siehe Zschucke et al. 2017). Diese Ergebnisse und ihre Bedeutung für

Return to Work-Prozesse können mit sozialwissenschaftlichen Theoriekonzeptionen in ihrer Entstehung und ihren Folgen grundlegend nachvollzogen werden.

Dabei bieten die Gesundheitssoziologie und die gesundheitliche Ungleichheitsforschung verschiedene Ansätze zur Fokussierung auf soziale Aggregationen, die meist als Analyse der *Makro-, Meso- und Mikroebene* bezeichnet werden. Die bekanntesten makrosoziologischen Ansätze beschäftigen sich vorwiegend mit der Ursachenforschung bezüglich der Prävalenz von Krankheit und Gesundheit in der gesamten Bevölkerung. „In den Blick geraten sollen vor allem die Stellung der Menschen in gesamtgesellschaftlich relevanten Grobstrukturen und Großgruppen der Gesellschaft sowie die damit verbundenen Krankheitswahrscheinlichkeiten.“ (Hadril 2009: 35) Dagegen befassen sich Ansätze aus dem Meso- und Mikrobereich mit den Wechselwirkungen zwischen Morbidität und Handlungen (kollektiver) Akteure auf der organisationalen und subjektiven Ebene (Behrens 2009; siehe auch Bittlingmayer 2016; Sperlich 2016).

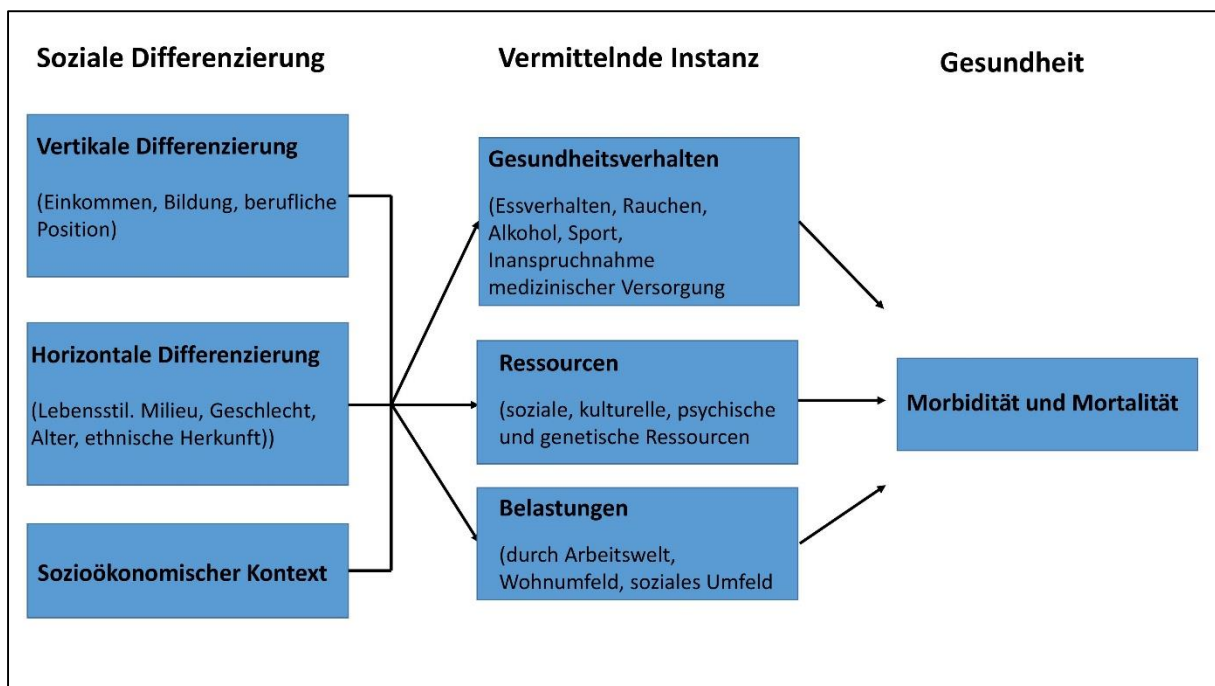


Abb. 4: Wirkungszusammenhänge von sozialer Differenzierung und Gesundheit (aus Jungbauer-Gans/Gross 2009: 91, verändert durch Autor).

Aus diesen unterschiedlichen Analyseebenen ergeben sich sowohl inhaltlich differenzierte Fragestellungen als auch verschiedene methodische Zugriffe, welche für die Forschungsdesiderate der Rehabilitationsforschung genutzt werden können. Ansätze, die sich mit den makrostrukturellen Bedingungen für die Entstehung von Krankheiten auseinandersetzen, fokussieren auf den *sozioökonomischen Status oder sogenannte vertikale Ungleichheiten* mit den klassischen Variablen Einkommen, Bildung und beruflicher Status. Arbeiten aus diesem Bereich nutzen meist quantitative Erhebungs- und Auswertungsmethoden, mit teils fließenden Grenzen zur epidemiologischen Forschung (Geyer 2016). „Die vorliegenden Studien zeigen in großer Übereinstimmung, dass Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status häu-

figer von Krankheit, Beschwerden, Behinderung und Unfallverletzungen betroffen sind, die eigene Gesundheit schlechter einschätzen und zu einem größeren Anteil vorzeitig sterben.“ (Lampert/Kroll 2009: 309) Demnach ist das Krankheitsrisiko eindeutig abhängig von der Schichtzugehörigkeit, je nach theoretischer Ausrichtung auch als Klasse, sozialer Lage oder Milieu benannt. Hintergrund dieser Annahme ist zum einem, dass mit der Schichtzugehörigkeit jeweils korrelierende, typische Lebenschancen in Hinsicht auf berufliche Stellung, Bildung und Einkommen festzustellen sind. Ebenso zeigt sich, dass gesundheitsrelevantes Verhalten, beispielsweise Ernährung, Sport oder das Ablehnen des Rauchens, sichtspezifisch ist (Hadriil 2009). Aus dieser Perspektive heraus wird deutlich, dass die Risiken eine zu Erwerbsminderung führende (chronische) Erkrankung oder Behinderung zu entwickeln maßgeblich durch die soziale Lage geprägt werden (siehe Hagen et al. 2010 u. 2011). Zum anderem wird die Art und Weise, wie Individuen mit erworbenen Erkrankungen umgehen, etwa durch den Zugang zu medizinischer Versorgung oder den Möglichkeiten ihr Gesundheitsverhalten zu steuern, von deren schichtspezifischen Sozialisationen und sozioökonomischen Ressourcen geprägt. Damit wird deutlich, dass das gesellschaftliche Phänomen „Erwerbsminderung“ nicht nur auf individuelle, medizinisch-therapeutisch zu bewältigende Problematiken reduziert werden kann, die alle Versicherten gleichermaßen treffen. Viel mehr sind Personen mit niedrigen sozioökonomischen Status gegenüber dem Risiko eine EM-Rente zu beziehen eine besonders vulnerable Gruppe.

Auch wenn die genannten Faktoren sozialer Ungleichheit im rehabilitationswissenschaftlichen und (sozialrechtlichen) Forschungsstand thematisiert werden, etwa wenn Versicherte mit niedrigem Bildungsabschluss, prekären Beschäftigungsverhältnissen oder unterbrochenen Erwerbsbiographien als besonders häufig von EM-Rente betroffen bezeichnet werden (siehe Bäcker 2013b; Weyermann/Neukirch 2016; Martin 2017), bleibt es trotz dessen meist bei einer deskriptiven Beschreibung der empirischen Befunde. *Kausalitäten* zwischen festgestelltem Gesundheitsverhalten bzw. sichtspezifischen Gesundheitsrisiken mit gesamtgesellschaftlich vorzufindenden Mechanismen werden meist nicht benannt bzw. die daraus resultierende Konsequenz in den Handlungsempfehlungen von Rehabilitationskonzepten nicht berücksichtigt. Hier bietet die gesundheitliche Ungleichheitsforschung zahlreiche empirische Studien an (siehe Klein et al. 2014), die sich etwa mit den Unterschieden zwischen privat- und gesetzlich Versicherten, der stationären Versorgung in Korrelation mit dem Sozialstatus und der Krankenhausverweildauer oder verschiedensten sozialen Ungleichheitsdimensionen bei der Prävention und Gesundheitsförderung auseinandersetzen (Klein/Knesebeck 2016), welche für die Rehabilitationsversorgungsforschung fruchtbar gemacht werden könnten. Etwa schlagen Klein und Knesebeck (2016) eine *Differenzierung der Analyse von Ungleichheiten* bei der Versorgungsqualität nach den Dimensionen der Zugänglichkeit, der Inanspruchnahme und der Qualität der Versorgung (sowie eine Unterscheidung bei dem Kriterium der Qualität nach Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität) vor. Dieses und ähnliche Analyse-schemata könnten die Aussagekraft, der meist nicht systematisierten Befunde der Rehabilitationsforschung, hinsichtlich der Auswirkungen von sozialer Ungleichheit, bereichern. Denkbar wäre beispielsweise die systematische Analyse der Nicht-Inanspruchnahme und rehabilitativen Unterversorgung von EM-RentnerInnen in Hinblick auf die Verteilung nach deren so-

zioökonomischem Status. Eine engere Verknüpfung des Forschungsstandes der EM-Rentenforschung mit der Gesundheitssoziologie und der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung könnte auch zu der Entwicklung von Prädiktoren von besonders von Erwerbsminderung bedrohten Versicherten beitragen, wie sie die Rehabilitationswissenschaften anstreben (siehe beispielsweise Dragano 2007; Bethge et al. 2011; Spanier et al. 2017, Richter et al. 2018). Dies wäre möglich, in dem die vertikalen Ungleichheitsdimensionen Beruf, Einkommen und Bildung, neben „konventionellen“ Indikatoren, wie Vorerkrankungen oder bereits wahrgenommenen Rehabilitationsleistungen, mit in die Risikoanalyse einbezogen werden. Ebenso könnte bei der zukünftigen Gestaltung von Rehabilitationskonzepten eine gezielte Ansprache und Information von Versicherten mit niedrigem sozioökonomischen Status dazu beitragen, eine bedarfsgerechtere Versorgung zu ermöglichen, etwa in dem ein Ausbau von Leistungen für Versicherte unter Berücksichtigung ihrer schichtspezifischen Bedarfe angeboten wird.

Auch bei der Debatte um *ökonomisch prekäre Lagen von EM-RentnerInnen und der Frage nach der sozialen Teilhabe* bietet die sozialwissenschaftliche Makroperspektive grundsätzliche Erklärungsansätze an (Marckmann 2016). So wird etwa die Frage nach einer Verteilungsgerechtigkeit aus sozialwissenschaftlicher Perspektive auf zwei Analyseebenen zugänglich: Zum einem der prinzipiellen Frage danach, ob Gesundheit(sgüter) auf dem freien Markt oder nach wohlfahrtsstaatlichen Prozeduren organisiert sein soll(t)en und zum anderen die daran anschließende Frage wie die knappen, verfügbaren Ressourcen innerhalb des Gesundheitssystems verteilt werden (sollten) (Marckmann 2016: 144f.; siehe auch Kersting 2008). Vor allem in Hinblick auf die teils sozioökonomisch gravierenden Folgen von Erwerbsminderung lässt sich eine schichtspezifische Vulnerabilität für prekäre Lebenssituationen herleiten, aus der sich eine besondere sozialstaatliche Verantwortlichkeit ergibt. Daher kann eine sozialwissenschaftliche Perspektive auch zur empirischen Fundierung einer rechtlich und ethisch geführten Debatte um bedarfsorientierte Ressourcenallokation dienen. Denkbar wäre es demnach bei der Diskussion um eine finanzielle Besserstellung von EM-RentnerInnen auch, deren sozioökonomischen Status zu berücksichtigen und so bei Abschlägen auf Rentenleistungen oder der Lockerung starrer Zuverdienstregelungen gezielt diese Gruppe zu privilegieren (siehe auch Abschnitt 5.5).

Meso- und *mikrosoziologisch* orientierte Ansätze kritisieren die Beschränkung auf den sozioökonomischen Status bei der Erklärung der Krankheitsentstehung und deren sozialen Folgen als unterkomplex (Behrens 2009; Kunst 2009). Demzufolge erweitern sie, oft methodisch qualitativ geprägt (siehe Ohlbrecht 2016), die Analysedimensionen bei der Untersuchung von gesundheits- und krankheitsrelevantem Verhalten um *horizontale Ungleichheitsfaktoren* wie Alter, Geschlecht oder ethnische Zugehörigkeit, um subjektive Gesundheitseinschätzungen und gesundheitsrelevante Alltagshandlungen erfassen zu können (Erhart et al. 2009: 338; siehe auch Kuhlmann 2016; Sundmacher 2016). Je nach Erkenntnissinteresse beziehen Untersuchungen der Mesebene auch gezielt Arbeitsbedingungen, Wohnsituation oder Faktoren wie soziale Sicherung, Integration, Teilhabe oder Zugang zur Gesundheitsversorgung der untersuchten Population mit ein, um spezifische Gesundheitsrisiken benennen zu kön-

nen (Lampert 2016). Arbeiten, die eine Perspektive der Meso- oder Mikroebene einnehmen, gehen davon aus, dass erst die Untersuchung der konkreten Ausgestaltung und Effekte der auf der Makroebene festgestellten strukturellen Prädiktoren ein ursächliches Verstehen von gesundheitlicher Ungleichheit ermöglicht. „Meso- und mikrosoziologische Erklärungen erschöpfen sich nicht darin, den bekannten Prädiktoren („Risikofaktoren“, „Ressourcen“) weitere und immer feinere hinzuzufügen, die in der Addition etwas mehr Varianz erklären. Mikro- und mesosozialwissenschaftliche Ansätze versuchen die Handlungen zu verstehen, deren Resultat die offensichtlichen gesundheitlichen Ungleichheiten sind.“ (Behrens 2009: 56)

Die sozialwissenschaftliche Untersuchung der wechselseitigen Beeinflussung von sozialen Strukturen und Gesundheit auf der Mesoebene sozialer Aggregation ist in Hinsicht auf die Frage nach der Arbeitsmarkt(re)integration von erwerbsgeminderten Personen besonders relevant, da diese Ansätze häufig *gesundheitsbezogene Faktoren von betrieblicher Arbeit bzw. Erwerbstätigkeit* untersuchen (siehe Dragano 2007 u. 2016). Besonders in der Medizinsoziologie stellt die pathogene Wirkung von Erwerbsarbeit ein traditionelles Forschungsfeld dar (Slesina 2008). Exemplarisch zu nennen sind etwa die Studien von Siegrist (1996) zu Gratifikationskrisen auf Grund asymmetrischer Austauschverhältnisse in Betrieben oder Baduras (1981) Beschäftigung mit sozialen Schutzfaktoren bei Herzinfarkten, wie Unterstützung durch KollegInnen und Vorgesetzte. Auf diese Weise können arbeitsplatzbezogene Belastungen, wie körperliche Gesundheitsrisiken oder psychosozialer „Arbeitsstress“, welche zu einem gesundheitsbedingten Ausscheiden aus dem Erwerbsleben führen oder die Rückkehr in das Erwerbsleben beeinflussen, analysiert werden. „Im Zentrum des Interesses steht die Frage, warum Arbeitsbelastungen auftreten und warum manche Gruppen von Beschäftigten häufiger oder seltener davon betroffen sind als andere.“ (Dragano 2016: 175) So zeigt der Forschungsstand zur Gesundheit von Arbeitslosen, dass sich die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands bei Erwerbslosigkeit verschlechtert. Je ungünstiger der subjektive Gesundheitszustand ist, desto geringer sind die Reintegrationschancen der Betroffenen (Hollederer/Voigtländer 2016). Die Annahme, dass sich diese Ergebnisse auch auf EM-RentnerInnen übertragen lassen liegt nahe, ist aber empirisch nicht geprüft. Auf Ebene der Betriebe lässt sich untersuchen, ob bestimmte horizontale Ungleichheiten, wie Geschlecht oder ethnischer Hintergrund, dazu führen, dass bestimmte ArbeitnehmerInnen besonders exponiert gegenüber gesundheitsgefährdenden Tätigkeiten und daraus folgend besonders von Erwerbsminderung bedroht sind. Solche Effekte horizontaler Ungleichheiten lassen sich an verschiedensten Stellen im rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsstand finden. Etwa werden Merkmale wie Migrationshintergrund (siehe Kobelt et al. 2011; Razum/Brzoska 2017; Langbrandtner et al. 2018) oder geschlechtsspezifische und branchenspezifische Aspekte (siehe Mika 2013; Hagen 2014) auf deren Auswirkungen auf das EM-Rentengeschehen oder die Arbeitsmarkt(re)integration bezogen – allerdings ohne die Ergebnisse als strukturelle Folge von sozialer Ungleichheit zu interpretieren.

Des Weiteren ist die Analyse der Mesoebene auch wegen ihrem Bezug auf die konkrete betriebliche Ausgestaltung von Arbeitsschutz bzw. Präventionsprogrammen relevant. So ist etwa im rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsstand oft eine mangelnde Umsetzung

des BEMs Gegenstand von Kritik (siehe Seel 2013), also einer Prozedur die in ihrer konkreten Umsetzung und damit auch dem Gelingen oder Scheitern eines Return to Work-Prozesses maßgeblich von den betrieblichen Strukturen abhängt. In Falle des BEMs könnte die Analyse betrieblicher Meso-Kontexte sowohl einen Beitrag zu Reformvorschlägen hinsichtlich einer vermehrten Mitwirkungspflicht der Arbeitgeber leisten (siehe Mittag/Welti 2017) als auch eine verbesserte Kooperation zwischen MitarbeiterInnen von Rehabilitationsdienstleistern, den Integrationsdiensten oder den Sozialversicherern bewirken (siehe Knoche/Sochert 2013; Vater/Niehaus 2013; Lippold/Wögerer 2015).

Auch beschäftigen sich neuere soziologische Ansätze mit den *Transformationen der Arbeit durch Technisierung und Digitalisierung (Arbeit 4.0)*, welche neue, arbeitsbezogene Gesundheitsrisiken und -chancen mit sich bringen. So ist etwa durch das Abnehmen körperlicher Arbeit auch mit weniger somatischen Erkrankungen zu rechnen, dafür erzeugen Flexibilisierungsanforderungen und Arbeitsverdichtung neue Risiken psychisch zu erkranken (Ohlbrecht 2018; siehe auch Schütte/Köper 2013). Diese neuen, gesellschaftlich produzierten Arbeitsbedingungen werden sich demnach auch im EM-Rentengeschehen niederschlagen und erfordern eine zeitgemäße Anpassung von Rehabilitationskonzepten, für welche die sozialwissenschaftliche Analyse eine Orientierung bieten kann (siehe auch Abschnitt 5.5).

Grundsätzlich zeigt die soziologische Theoriebildung, dass *Arbeitsbeziehungen komplexe soziale Interaktionen* sind (Dunkel/Weirich 2010) und der Umgang mit gesundheitlichen Einschränkungen stark durch die jeweilige betriebliche „Arbeitskultur“ beeinflusst wird. Demnach müssen soziale Dimensionen von Arbeitsbeziehungen bei der Frage, ob und wie erkrankte MitarbeiterInnen im Betrieb gehalten werden können bzw. ob sogar die Möglichkeit besteht erwerbsgeminderte Personen neu einzustellen, berücksichtigt werden. Nur wenn diese komplexen sozialen Dimensionen einbezogen werden, können Hindernisse und Potentiale der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen benannt und Rehabilitationsleistungen sowie Maßnahmen zur betrieblichen Wiedereingliederung in die Erwerbstätigkeit optimiert werden. So nimmt etwa die sozialwissenschaftliche Beschäftigung mit Gesundheitsförderung expliziten Bezug auf die Anschlussfähigkeit der Maßnahmen an die (Arbeits)Lebenswelt der Akteure (Setting-Ansatz). Betrachtet wird auch die Ausbildung von langfristig tragfähigen Netzwerken und Kooperation aller gesundheitsrelevanter Akteure (Capacity building). Auf diese Weise wird auf die Frage fokussiert, ob die TeilnehmerInnen der „Settings“, beispielsweise erwerbsgeminderte ArbeitnehmerInnen, an der Planung und Durchführung aktiv teilhaben können (Partizipation) bzw. über die Kompetenzen und Fähigkeiten (Empowerment) zur Partizipation verfügen oder diese im Prozess ausbilden können (Loss et al 2016: 446). Wobei die sozialwissenschaftliche Präventions- und Gesundheitsförderungsforschung gezielt auch gesellschaftsrelevante Gesundheitsbeeinträchtigungen, wie die durch den demographischen Wandel zunehmenden altersbedingten Erkrankungen, identifiziert und die notwendigen demographischen, epidemiologischen und sozioökonomischen Kontextfaktoren berücksichtigt (Dietscher/Pelikan 2016; Loss et al. 2016) – hier wäre ebenfalls eine Übertragung auf die spezifischen Konzepte zur Vermeidung von Erwerbsminderung der Rehabilitationsforschung denkbar. Auch wenn die ausschlaggebende Rolle von

konkreten Arbeitskontexten und sozialen Dynamiken im Arbeitsalltag in den Rehabilitationswissenschaften zunehmend thematisiert werden, etwa in MBOR-Ansätzen, ist das sozialwissenschaftliche Analysepotential bisher nur unzureichend genutzt und könnte zu einem breiteren Verständnis von Return to Work-Prozessen als komplexen sozialen Interaktionen beitragen.

Ansätze der *Mikroperspektive*, wie etwa Analysen der Selbst- und Rollenwahrnehmung von gesundheitlich beeinträchtigten ArbeitnehmerInnen oder biographische Zugriffe, rekonstruieren das Wechselverhältnis von gesellschaftlichen Strukturen und Gesundheitsstatus aus Sicht der handelnden Akteure (Dragano/Siegrist 2009; Sperlich 2016). So wird ein Zugriff auf das subjektive Erleben bzw. die Lebenswelt von gesundheitlich beeinträchtigten Personen und ihre Handlungsmotive möglich. Auf diese Weise lassen sich etwa Gründe für geringe Rückkehrmotivationen von EM-RentnerInnen, Verläufe von zu EM-Renten führenden Erwerbsbiographien (siehe hier die quantitative Lebensverlaufsforschung bzw. Längsschnittstudien in der Gesundheitsforschung von Geyer 2016: 66) oder Selbst- und Fehleinschätzungen bezüglich der Leistungsfähigkeit untersuchen (siehe Ohlbrecht 2016), wie sie auch schon vermehrt Gegenstand der Rehabilitationsforschung sind. Zu dieser Perspektive kann vor allem auch die Soziologie der Behinderung beitragen, wie im nächsten Abschnitt dargestellt.

4.2 Soziologie der Behinderung und Disability Studies

Bisherige Studien aus dem Bereich der Rehabilitationsforschung betonen die Relevanz der *subjektiven Perspektive von EM-RentnerInnen und der Rekonstruktion ihrer Lebenswelt*, um gelingende Maßnahmen zur Rückkehr in das Erwerbsleben zu konzipieren und durchzuführen (siehe Kedzia et al. 2011; Anton 2013; Zschucke et al. 2017; Bökel et al. 2018, Sternberg/Bethge 2018; Briest 2018a; Langbrandtner et al. 2018; Kardorff 2018a). Aus den vorliegenden Studien wird deutlich, dass die Selbstwahrnehmung und Identitätskonstitution der EM-RentnerInnen maßgeblich mit ihrer (Selbst- sowie Fremd)Definition als „krank“, „behindert“ oder „nicht-leistungsfähig“ zusammenhängen. Es kommt sozusagen zu einer Internalisierung der sozialen Rolle „EM-RentnerIn“, deren Einfluss auf die Arbeitsmarkt(re)integration und die Therapie funktioneller Defizite zwar erkannt, aber bisher nur unzureichend untersucht ist. Demzufolge wird auch bei der Konzeption von Maßnahmen zur Arbeitsmarkt(re)integration der Rehabilitationsleistungserbringer diese soziale Komponente nicht gemäß ihrer zentralen Stellung beachtet. Das „Labeling“, das mit dem sozialen Status „EM-Rente“ einhergeht, beeinflusst die Rückkehrmotivation und das erwerbsarbeitsbezogene Handeln (wie etwa die Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen, Bewerbungsanstrengungen oder auch das „Abfinden“ mit der EM-Berentung) der Betroffenen. Aber nicht nur die Selbstwahrnehmung als „gesundheitlich beeinträchtigt“ hat Auswirkungen auf die Arbeitsmarkt(re)integration, sondern auch *gesamtgesellschaftliche Vorstellungen von Krankheit, Behinderung und Leistungsfähigkeit* von chronisch erkrankten ArbeitnehmerInnen beeinflussen deren Chancen von (potentiellen) Arbeitgebern eingestellt oder von KollegInnen akzep-

tiert zu werden. So sind seitens der Arbeitgeber (aber auch KollegInnen) bei der Beschäftigung von gesundheitlich beeinträchtigten Personen weitverbreitete Ängste, ein wirtschaftlich-unternehmerisches Risiko einzugehen, fluktuierende Leitungsfähigkeit auffangen zu müssen, die Sorge um eine geringe Belastbarkeit der Betroffenen oder die Befürchtung, dass nicht-beeinträchtigte KollegInnen unzumutbare, kompensatorische Mehrarbeit leisten müssen. Anzunehmen ist auch, dass in standardisierten Interviews oder Fragebögen unausgesprochene, latente „Berührungsängste“ mit erwerbsgeminderten Personen, welche etwa deutlich sichtbare körperliche Behinderungen oder psychischen Erkrankungen aufweisen, nicht erfasst werden und folglich von der quantitativ geprägten Rehabilitationsforschung bisher unerkannt sind. Dass diese genannten Faktoren eine ausschlaggebende Rolle bei der Arbeitsmarkt(re)integration spielen, wird demnach nur in einem Bruchteil der rehabilitationswissenschaftlichen Arbeiten thematisiert und findet ebenso in den rechtswissenschaftlichen Abhandlungen nur geringe Aufmerksamkeit. Auch wenn faktische oder „nur“ antizipierte Konflikte mit (potentiellen) Arbeitgebern und KollegInnen bereits als Barrieren bei dem Erhalt oder der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit benannt werden, ist eine tiefere Auseinandersetzung mit diesem Themenspektrum bislang nicht vorhanden und stellt eindeutig ein Forschungsdesiderat dar.

In der Soziologie der Behinderung bzw. den Disability Studies besteht seit längerem ein ausdifferenzierter Forschungsstand zu den *sozialen Folgen von Krankheit und Behinderung* sowie den Auswirkungen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsmarktintegration, der bisher nur in sehr begrenztem Umfang für Fragen nach der Erwerbsbeteiligung von EM-RentnerInnen genutzt wird. Daher werden an dieser Stelle relevante Grundannahmen und empirische Forschungen der Soziologie der Behinderung und Disability Studies sowie auch Ergebnisse aus der sozialwissenschaftlichen Diskriminierungsforschung zusammengefasst, welche dazu beitragen können diese Forschungslücke zu schließen.

Die *Soziologie der Behinderung und die Disability Studies* gehen davon aus, dass der gesellschaftliche Umgang mit Erkrankung und Behinderungen sozial konstruiert ist (Schramme 2003; Kastl 2010). Welche sozialen Folgen eine medizinische Diagnose für gesundheitlich beeinträchtigte ArbeitnehmerInnen mit sich bringt, ist damit hochgradig abhängig von den in der Gesellschaft vorherrschenden Krankheitsverständnissen (Cloerkes 2007: 18ff.; Waldschmidt 2012). Hintergrund dieser deutlichen Abgrenzung von der naturwissenschaftlichen Auffassung von der Entstehung und den Folgen gesundheitlicher Beeinträchtigungen ist die, seit langer Zeit bestehende, Definitionshoheit von medizinischen Akteuren darüber, was als eine (chronische) Erkrankung oder Behinderung anzusehen ist und wie mit diesen umgegangen werden sollte (Waldschmidt 2005). Aus dieser konventionellen Perspektive heraus wurde Behinderung vor allem als ein negativer, von „objektiv“ festzustellender Gesundheit abweichender und daher defizitärer Status definiert (Weisser 2005: 16ff.; Kastl 2010). Damit einherging, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen vor allem als ein *medizinisch zu behandelndes und individuelles Problem* verstanden wurden. Die zentrale sozialwissenschaftliche Kritik an dieser Auffassung, die auch für die Frage nach der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen genutzt werden kann, ist, dass diese unterkomplexe Perspektive die

sozialen Dimensionen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen vernachlässigt. Daraus folgt, dass aus dem konventionell-medizinischen Paradigma kein probater Zugang entsteht, um die lebensweltlichen Folgen von Erkrankung und Behinderung in sozialen Kontexten, wie etwa dem Arbeitsmarkt, zu berücksichtigen. Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive ist es dagegen ausschlagend die sozialen, alltäglichen Folgen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen zugänglich zu machen, die in Verbindung mit medizinischen Diagnosen stehen.

Daher schlagen sozial- und kulturwissenschaftliche Zugänge die Differenzierung zwischen *Beeinträchtigung* („*Impairment*“) und *Behinderung* („*Disability*“) vor, um die sozialen Dimensionen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen erkennen zu können (Waldschmidt 2006, 2011 u. 2012a). Während „Beeinträchtigung“ die Differenz von medizinisch diagnostizierten Abweichungen von „normalen“ körperlichen und psychischen Zuständen meint, bezeichnet „Behinderung“ die gesellschaftlich produzierten Folgen gesundheitlicher Probleme (Hughes/Paterson 1997). So zeigt etwa auch Hirschberg (2011) auf, wie unterschiedlich die kontingenten Auslegungen von unscharf definierten Invaliditätsbegriffen (wie auch Erwerbsminderung, Frühberentung, Leistungsfähigkeit usw.) sein können und wie folgenreich diese für die Betroffenen sind. Dies verdeutlicht, dass die Folgen von zu Erwerbsminderung führenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht als medizinisch-naturwissenschaftliche Kategorie zu verstehen sind. Selbst bei Entscheidungen von vermeintlich „objektiven“ Instanzen, wie medizinischen Gutachten oder der Klärung von Rechtsfragen vor Gerichten (siehe Bartel et al. 2015), sind die sozialen Folgen von gesundheitlicher Beeinträchtigung wesentlich von sozialen Aushandlungsprozessen geprägt. Der sozialwissenschaftliche Mehrwert gegenüber dem medizinischen Zugriff auf gesundheitliche Beeinträchtigung besteht darin, dass die sozialen Folgen eines körperlich oder psychisch devianten Zustands, welcher naturwissenschaftlich nicht feststellbar ist, als gesellschaftlich geformt und wie alles Soziale als kontingent verstehbar wird (Cloerkes 2007: 18ff.; Waldschmidt/Schneider 2007; Waldschmidt 2012a). Damit verbunden ist ein *grundlegender Perspektivwechsel* in Hinsicht auf die gesellschaftliche Inklusion von gesundheitlich beeinträchtigten Personen – es steht nicht mehr das Individuum im Fokus von Maßnahmen zur Teilhabe und Rehabilitation, sondern soziale Dimensionen müssen bei der Konzeption von Integrationsmaßnahmen bzw. der Vermeidung von Exklusion beachtet werden. Dobusch et al. (2012: 74) formulieren die Folgen des Perspektivwechsels: „Daraus ergibt sich die entscheidende Ableitung, dass nicht die einzelnen Personen – wie im ‚medizinisch-individualistischen‘ Modell – für ihre Anpassung an Normvorstellungen und Normalverhalten verantwortlich ist, sondern die Gesellschaft als Ganze an ihrem Inklusionspotential arbeiten muss.“

Das Potential, welches sich daraus für den rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsstand ergibt ist, dass die Chancen von gesundheitlich beeinträchtigten Personen am Erwerbsleben teilzuhaben, neben ihren biologisch-medizinischen Einschränkungen, abhängig von ihren Selbstwahrnehmungen und den sozialisationsbedingten Erfahrungen ihres sozialen Umfelds im Umgang mit Behinderung und Erkrankung sind. Ob beispielsweise eine Rehabilitationsmaßnahme für sinnvoll gehalten oder eine Teilzeitarbeit als zumutbar empfunden wird, kann sich je nach Sozialisation der beteiligten Akteure, wie den EM-RentnerInnen

selbst, SachbearbeiterInnen der Rentenversicherung, Leistungserbringern von Rehabilitationsmaßnahmen oder Arbeitgebern, stark unterscheiden. Erst wenn das *soziale Umfeld der EM-RentnerInnen strukturell mit in die Return to Work-Prozesse einbezogen* wird, können Hindernisse und Potentiale der Arbeitsmarkt(re)integration ihrer Relevanz entsprechend berücksichtigt werden. Zwar bestehen schon einige Rehabilitationskonzepte bzw. Studien, welche die Maßnahmen zur Arbeitsmarkt(re)integration nicht lediglich auf die einzelnen EM-RentnerInnen ausrichten, sondern auch versuchen andere beteiligte Akteure (vor allem Arbeitgeber) mit einzubeziehen (siehe Bartel 2018a; Bartel 2018b; Detka/Ohlbrecht 2018, Kardorff 2018a), diese müssten aber deutlich intensiviert werden, um den Ergebnissen der Soziologie der Behinderung konsequent Rechnung tragen zu können.

Die Reduktion der negativen Auswirkungen von Stereotypen und Vorurteilen gegenüber Behinderung und Erkrankung bei der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen ist dabei sicherlich nicht ausschließlich im Rahmen von Rehabilitationsangeboten zu leisten. Da es sich bei der Verringerung von Diskriminierungen von Menschen mit Behinderungen um einen *gesamtgesellschaftlichen Prozess* handelt, fällt die Aufklärung von Vorurteilen und die rechtliche Gleichstellung in den Bereich der Politik, Rechtsprechung oder sozialstaatlicher Institutionen (Kardorff 2011; Wacker 2016). Allerdings könnten Rehabilitationskonzepte durchaus Konsequenzen aus den Ergebnissen der Soziologie der Behinderung ziehen und etwa bei der Unterstützung der Rückkehr ins Erwerbsleben die RehabilitandInnen auf den Umgang mit Vorurteilen vorbereiten, potentielle Arbeitgeber und KollegInnen gezielt auf mögliche Befürchtungen ansprechen, Aufklärungsarbeit leisten sowie die jeweiligen Spezifika der gesundheitlichen Beeinträchtigungen in ihren sozialen Auswirkungen bei Rehabilitationsmaßnahmen beachten. So besteht etwa besonders bei psychischen Erkrankungen oft ein stark milieuspezifischer Umgang im „Management“ der Erkrankung (Goffman 1975; Kardorff 2015). Während beispielsweise im ländlichen Raum *psychische Erkrankungen* oft stigmatisierende und beruflich exkludierende Auswirkungen haben, können dagegen in urbanen Umgebungen durch viele Integrations- und Rehabilitationsangebote ganz andere Teilhabechancen bestehen. Das heißt, dass bei Return to Work-Prozessen kein einheitliches, für alle sozialen Konstellationen passendes Modell erarbeitet werden kann, sondern die Berücksichtigung der komplexen sozialen Dimensionen bei der (Re)Integration stets einer Orientierung am Einzelfall und seines sozialen Umfeldes bedarf.

Das soziologische Theorieangebot ist aber nicht nur für die Rückkehr ins Erwerbsleben von EM-RentnerInnen relevant, sondern auch für die Vermeidung des Arbeitsplatzverlustes. Eine Dimension der sozialen Folgen von Behinderung und chronischer Erkrankung im Erwerbsleben ist, dass die Betroffenen, aus *Angst vor Diskriminierung oder beruflichen Nachteilen*, einen großen Aufwand an Zeit und Ressourcen investieren, um ihre potentiellen, diskreditierbaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu verbergen. Dieses sogenannte „Stigmanagement“ (Goffman 1975; siehe auch Kardorff 2012) ist oft einschränkender und belastender als die funktionellen Einschränkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung. Da Erkrankung und Behinderung im Arbeitsleben immer noch stark negativ konnotiert sind, befürchten viele Betroffene massiven Nachteilen im Arbeitsalltag ausgesetzt zu sein, sollte ihre

Erkrankung bekannt werden. Diese Befürchtungen können verschiedenster Art sein, etwa als nicht mehr belastbar wahrgenommen, bei Beförderungen übergangen, von KollegInnen ausgegrenzt oder sogar gekündigt zu werden. Hintergrund dieser Befürchtungen ist, dass Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oft nur noch über ihre Erkrankung wahrgenommen werden und ihr Verhalten stets im Zusammenhang mit ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung interpretiert und beurteilt wird. Dieser Prozess wird in *interaktionistischen Ansätzen* als Herausbildung eines sogenannten „Masterstatus“ bezeichnet, der dazu führt, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen auf ihre Erkrankung oder Behinderung reduziert werden (Goffman 1975; Becker 1981). Gerade bei besonders mit negativen Vorurteilen behafteten Erkrankungen, wie zum Beispiel *psychischen Erkrankungen*, führt der Versuch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu verbergen zu einer großen zusätzlichen Belastung. Dies kann sich negativ auf die Krankheitsbewältigung auswirken. Langfristig kann dieses „Stigmamanagement“ die Betroffenen derart überfordern, dass ihre Erwerbstätigkeit nicht wegen der funktionellen Defizite bedroht ist, sondern wegen der alltäglichen Belastung ihre Erkrankung zu verbergen. Goodwin und Morgan (2012) argumentieren, dass ein offener Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Berufsleben den Betroffenen eine effizientere Krankheitsbewältigung ermöglicht. Ein offener Umgang mit den funktionellen Defiziten entlastet nicht nur von der Aufgabe die Erkrankung verbergen zu müssen, sondern versetzt auch Vorgesetzte und KollegInnen in die Lage, auf besondere Bedarfe einzugehen und die Aufrechterhaltung der Erwerbsfähigkeit zu unterstützen. Damit dies möglich ist, bedarf es allerdings eines Arbeitsumfeldes, welches einen solchen offenen Umgang angstfrei ermöglicht (siehe Hergesell 2016). Die Auseinandersetzung mit der Entstehung eines „Masterstatus“ bzw. der Vermeidung eines belastenden „Stigmamanagements“ könnte beispielsweise von Rehabilitationsleistungserbringern unterstützt werden, in dem sie – etwa bei Angeboten der beruflichen Rehabilitation – offensiv in Betrieben bestehende Vorurteile und Ängste bei Vorgesetzten und KollegInnen ansprechen und bei möglichen Konflikten vermitteln. Auch könnten MitarbeiterInnen der Integrationsfachdienste eine strukturelle Aufklärung über gesundheitliche Beeinträchtigungen im Rahmen von Gesundheitspräventionsprogrammen leisten oder Informationsveranstaltungen als zusätzliches Angebot bei BEM-Maßnahmen in Betrieben anbieten.

Ebenfalls aus einer theoretischen Ausrichtung des Interaktionismus, dem sogenannten „Labeling Approach“, stammt das Konzept der „sekundären Devianz“ (Abweichung) (Lemmert 1974; Lautmann 2011). Dieses kann genutzt werden, um die *Identitätskonstitution von EM-RentnerInnen* nachzuvollziehen, welche bereits in einigen rehabilitationswissenschaftlichen Arbeiten im Rahmen der Untersuchung arbeitsmarktrelevanter negativer Selbstwahrnehmungen thematisiert wird (siehe Kastl 2014). Im Besonderen ist hiermit eine geringe Rückkehrmotivation in das Erwerbsleben gemeint, eine passive Haltung gegenüber der eigenen Lebenssituation oder sogar eine Resignation und „Einrichtung“ in der EM-Rente trotz ökonomisch prekären Bedingungen. Auch vermeintlich überzogene Ängste vor der Rückkehr in die Arbeit, vor Konkurrenzdruck auf dem ersten Arbeitsmarkt und vor Konflikten mit Vorgesetzten oder KollegInnen, welche eine Rückkehr in das Erwerbsleben erschweren, werden durch das Konzept der sekundären Devianz adressiert (siehe Kunze/Benöhr 2013; Schwarze

et al. 2014; Zschucke et al. 2017; Mernyi et al. 2018; Briest 2018a). Primäre Devianz bezeichnet im Allgemeinen das Verletzen gesellschaftlicher Normen, welche meist sozial sanktioniert werden. Dabei können die Art der Devianz und ihrer Folgen verschiedenste Gründe haben. So ist etwa ein Diebstahl die Verletzung einer moralischen und juristischen Norm, welche durch formal kodifizierte Regeln des Strafgesetzbuches sanktioniert wird. Aber auch eine Erkrankung oder Behinderung stellt eine Devianz dar und kann im Arbeitsleben beispielsweise eine Abweichung von gesellschaftlichen Leistungs- oder betrieblichen Verhaltensnormen bedeuten, welche durch Missbilligung der KollegInnen bis hin zur Kündigung sanktioniert wird (siehe Cloerkes 2014). Ein primärer Verstoß gegen soziale Normen und dessen Sanktionierung muss allerdings nicht zwangsläufig langfristige Folgen für das deviante Individuum haben – etwa bei einer einmaligen kriminellen Verfehlung in der Jugend oder einer kurzzeitigen, vorübergehenden Erkrankung. Wenn allerdings deviantes Verhalten über einen längeren Zeitraum vorliegt, wie es etwa bei einer chronischen Erkrankung oder Behinderung, die zu einer EM-Rente führt, der Fall ist, kann die Dynamik von Normverletzung und (sozialer) Sanktionierung in einer Selbstauffassung als „*devianter Identität*“ resultieren (siehe Kardorff 2011). „Im Gegensatz zur primären Devianz umfasst sekundäre Devianz alle Formen abweichenden Verhaltens, die als Produkt oder Folge informeller und formeller Prozesse sozialer Kontrolle verstanden werden können; das heißt, sekundäre Devianz ist das Ergebnis eines sich eskalierenden Prozesses zwischen abweichendem Verhalten einerseits und gesellschaftlicher Reaktion auf Abweichung (Definition, Selektion, Segregation, Sanktion, Etikettierung und Stigmatisierung) andererseits.“ (Brusten 2011: 135) In diesem längerfristigen Prozess kann es zu einer Veränderung der Selbstwahrnehmung des „devianten“ Individuums kommen, welche dann wiederum in einer Art Teufelskreis dazu führt, dass die Betroffenen gemäß der ihnen zugedachten sozialen Rollen handeln. Es kann zu einer „[...] Anpassung an Situationen sozialer Kontrolle und schließlich [zu] der Übernahme angemessener Deviantenrollen bis hin zur Entwicklung einer devianten Identität (Selbstbild) einschließlich der daraus resultierenden Einstellungen und Handlungen [kommen].“ (Brusten 2011: 135) Da erwerbsminderungsberentete Personen meist eine langeandauernde Karriere der gesundheitlichen Beeinträchtigung aufweisen und auch während des EM-Rentenbezugs kontinuierlich – im Vergleich zur „normalen“ Erwerbsbiographie – als deviante Identitäten subjektiviert werden, kann es zu einer Übernahme der gesellschaftlich verbreiteten Rollenbilder gegenüber chronisch erkrankten oder behinderten Personen kommen. Da in der Gesellschaft chronische Krankheit und Behinderung mit negativ konnotierten Attributen wie Passivität, geringer Leistungsfähigkeit, Hilfsbedürftigkeit, materiell prekären Lebenssituationen und Perspektivlosigkeit assoziiert sind, kann die Ausbildung solch einer „EM-RentnerInnenidentität“ mit Verhaltensweisen einhergehen, die einer Rückkehr ins Erwerbsleben entgegenstehen. Dabei ist es nicht zwingend, dass die Betroffenen sozusagen „harten“ Diskriminierungen, wie Herabwürdigungen im Arbeitsleben, Kündigung oder Exklusion im sozialen Umfeld, ausgesetzt sind, sondern auch informellere, latente Prozesse, wie das Schonen durch KollegInnen, die sukzessive Übernahme alltäglicher Aufgaben durch das soziale Umfeld, Verhaltensanweisungen von ÄrztInnen und TherapeutInnen oder Einschränkung der sozialen Teilhabe durch ökonomische Prekarität, können zu einer gesellschaftlich produzierten Außenseitersozialisation führen (siehe Becker 1981).

Vor dem Hintergrund der obenstehenden Ausführungen wird deutlich, dass der Gegenstand Erwerbsminderung bzw. die Analyse der Entstehung und Rehabilitation von Erwerbsminderung in den *genuinen Gegenstandsbereich der Soziologie* fallen. „Die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit und die Verhütung des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben bilden die beiden zentralen Zielvorgaben für [...] Rehabilitationsmaßnahmen. Das Thema „medizinische Rehabilitation“ führt uns somit zu einem bedeutsamen Themenbereich der Soziologie und Medizinsoziologie: der Teilhabe am Arbeitsleben mit ihrer fundamentalen Bedeutung für den Status, das Selbstbild, das Selbstwertgefühl usw. der betroffenen Personen.“ (Slesina 2008: 331) Die Perspektive des Labeling Approachs ist ein Beispiel, wie die subjektive Wahrnehmung und Lebenswelt der EM-RentnerInnen im Prozess der Rehabilitation auf Basis sozialtheoretischer Vorarbeiten besser nachvollzogen werden kann. Die Ergebnisse solcher Rekonstruktionen der Lebenswelt von EM-RentnerInnen könnte wiederum als Grundlage für eine sozialarbeiterische Begleitung, Coaching (siehe Slesina 2008; Anton 2013) oder psychotherapeutische Unterstützung während Return to Work-Prozessen dienen, welche der Entstehung von negativen Selbstbildern aktiv entgegenwirken. Eine umfängliche Erforschung der Auswirkungen des EM-Rentenbezuges auf die psychosoziale Konstitution könnte aber auch Argumente stärken, welche die oftmals ökonomisch prekären Lebenssituationen von EM-RentnerInnen aus sozialpolitischer Sicht kritisieren. Die derzeitige wirtschaftliche Situation von EM-RentnerInnen könnte Gefühle der Machtlosigkeit, des Abgehängt-Seins und der geringen gesellschaftlichen Wertschätzung (mit) verursachen und so das eigentliche Ziel, bei zeitlich befristeten und teilweisen EM-Renten, nämlich eine Rückkehr in Arbeit anzustreben, konterkarieren.

Auffallend ist auch die Nicht-Beachtung der Ergebnisse der *sozialwissenschaftlichen Diskriminierungsforschung* bei der Arbeitsmarkt(re)integration von erwerbsgeminderten Personen. „Als Diskriminierung gelten gewöhnlich Äußerungen und Handlungen, die sich in herabsetzender oder benachteiligender Absicht gegen Angehörige bestimmter sozialer Gruppen richten.“ (Hormel/Scherr 2010: 7) Wie schon beim Forschungsstand der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung ausgeführt, ist davon auszugehen, dass erwerbsgeminderte Personen durch ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen *diskriminierenden Einstellungen in der Arbeitswelt* ausgesetzt sind, welche ihre Chancen zur Teilhabe am Erwerbsleben negativ beeinflussen. Diskriminierungen sind dabei soziale Zuschreibungen von Merkmalen (oder einer Kombination von Merkmalen), wie ethnischer Herkunft, Geschlecht, sexueller Orientierung, Alter, chronischer Erkrankung, Behinderung oder auch der sozialen Rolle „EM-RentnerIn“ (siehe Weisser 2010: 318; Sacksofsky 2010: 7ff.). Diskriminierungen können prinzipiell in verschiedensten Erscheinungsformen auftreten. Im Kontext von EM-Renten könnten dies sowohl Vorurteile in alltäglichen Interaktionen von KollegInnen am Arbeitsplatz sein, Vorbehalte von Arbeitgebern chronisch erkrankte MitarbeiterInnen zu beschäftigen als aber auch strukturelle Diskriminierungen (siehe Gomolla 2010), wie die ökonomisch prekäre Lage, welche eine EM-Rente mit sich bringt oder auch die Nicht-Bewilligung von Rehabilitationsmaßnahmen. Richter et al. (2006) verweisen am Beispiel der besonders stark von Diskriminierung betroffenen, psychisch erkrankten Personen, auf die Auswirkungen von Stigmatisierung und Diskriminierung in allen Lebensbereichen: „Psychisch kranke Menschen leiden in diver-

ser Hinsicht unter der Nichtanerkennung ihrer Krankheit und als Konsequenz unter der Nichtanerkennung ihrer Person. Die Betroffenen fühlen sich ausgeschlossen von der sozialen Teilhabe in verschiedenen Dimensionen; dies reicht von der Missachtung in persönlichen Gesprächen bis hin zu kaum überwindbaren Problemen auf dem Arbeitsmarkt, sobald die Krankheit bekannt wird.“ (Richter et al. 2006: 704) Gemeinsam haben alle diese unterschiedlichen Formen und Ebenen der Diskriminierung, dass sie Lebensläufe massiv beeinflussen, eine *unüberwindbare Barriere bei der Verwirklichung von Lebenschancen* darstellen (können) und besonders bei dem Zugang zum Erwerbsleben berücksichtigt werden müssen, um die derzeitige Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen (bzw. deren Desintegration) komplexitätsangemessen zu untersuchen.

Für den rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsstand könnten vor allem bestehende sozialwissenschaftliche Arbeiten zur *Diskriminierung von Personen mit psychischen Erkrankungen* genutzt werden, deren Anzahl bei den EM-Rentenneuzugängen kontinuierlich steigt und welche bei der Arbeitsmarkt(re)integration besonderen Schwierigkeiten ausgesetzt sind (siehe Richter et al. 2006; Deutsche Rentenversicherung 2014; Jäckel 2014; Kardorff/Ohlbrecht 2015; Herget et al. 2017; Mernyi et al. 2018; Schwarz 2018). „Insgesamt lässt sich die Diskriminierung psychisch kranker Menschen in der Arbeitswelt an den ihnen entgegengebrachten Vorurteilen, an der Frühberentung, an der Erwerbsbeteiligung, an der Erwerbslosigkeit sowie an Defiziten im System der beruflichen Rehabilitation ablesen.“ (Kardorff 2010a: 291; siehe auch Mecklenburg/Storck 2008) Psychisch Erkrankte sind im Vergleich zu körperlich erkrankten Menschen im Arbeitsleben immer noch besonders stigmatisierenden Vorurteilen ausgesetzt, welche sich etwa durch Mobbing, überproportionaler Erwerbslosigkeit und dem Verlust von Anerkennung bzw. Kompetenzerleben empirisch zeigen (Gaebel et al. 2005; Kardorff/Ohlbrecht 2008). „Arbeitgeber beklagen Leistungsschwankungen und eine unrealistische Selbsteinschätzung, häufige Ausfalltage am Arbeitsplatz und geringe Stresstoleranz. Psychisch kranke Menschen gelten im Alltag als schwierig, die Interaktion mit ihnen als (zu) aufwändig.“ (Kardorff 2011; S. 40) Zwar sind vermehrt auf psychische Erkrankungen spezialisierte Rehabilitationsangebote zu finden, jedoch ist diese Gruppe innerhalb der EM-RentnerInnen immer noch *tendenziell unterversorgt*. So kritisiert etwa Kardorff (2010) exemplarisch, dass die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation nur selten zu einer Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt führen und nach langen, sogenannten „Maßnahmenkarrieren“ auf „Sonderarbeitsmärkten“, wie etwa Werkstätten für Menschen mit Behinderung, enden. Als Wissensgrundlage für mögliche Verbesserungen der Situation von psychisch erkrankten EM-RentnerInnen könnten einige Ergebnisse der Diskriminierungsforschung genutzt werden. Etwa haben sich dialogische Modelle, die zwischen Betroffenen, Angehörigen und andern „Konfliktparteien“ unter Moderation von ExpertInnen vermitteln, bewährt (Kardorff 2011) und könnten auch auf Arbeitskontexte übertragen werden. Allerdings muss hierbei dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Diskriminierungsforschung eine tatsächliche Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen als langwierigen und nur gesamtgesellschaftlich zu leistenden Prozess benennt. Selbst wenn sich die Situation der Betroffenen durch Fortschritte in der beruflichen Rehabilitation und Maßnahmen der Integrationsämter sukzessive verbessert, können längst nicht alle psychisch erkrankten EM-

RentnerInnen sozialpolitischen Aktivierungsvorstellungen und Erwartungen an die Eigeninitiative entsprechen (Kardorff 2011). Die an die Rehabilitationswissenschaft zu stellende Frage wäre demnach, wie mit dieser Gruppe innerhalb der EM-RentnerInnen umzugehen ist und wie spezifische Konzepte für deren Bedürfnisse bei der Arbeitsmarkt(re)integration ausgestaltet werden müssten. Die Feststellung, dass die Benachteiligung von gesundheitlich beeinträchtigten ArbeitnehmerInnen auf dem Arbeitsmarkt nicht von einzelnen Akteuren oder Institutionen zu korrigieren ist, sondern eine *gesamtgesellschaftlich zu leistende Aufgabe* darstellt, verweist auch auf Diskussionsbedarf innerhalb der einzelnen Institutionen des Sozialsystems bei der Definition ihres Aufgabenspektrums. Angeregt werden könnten so möglicherweise auch notwendige Kooperationen mit Akteuren aus der Sozialpolitik oder Wohlfahrtsorganisationen über konventionelle Institutionsgrenzen hinweg. Auf diese Weise könnten beispielsweise Programme oder Kampagnen zur Verringerung von Vorurteilen gegenüber gesundheitlich beeinträchtigten Personen beitragen, welche sich dann auch längerfristig in einer besseren Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen auswirken könnte.

Des Weiteren könnte der Forschungsstand der Diskriminierungsforschung auch dazu genutzt werden, *Nachteile im Versorgungssystem oder ungleich verteilte Erwerbsminderungsrisiken* zu erforschen. So könnte beispielsweise die Forschung zur Diskriminierung auf Grund ethnischer Herkunft (siehe Scherr 2010) Beiträge zur Erklärung und Verringerung des schlechteren Zugangs zu Rehabilitationsangeboten von Menschen mit Migrationshintergrund liefern (siehe Kobelt et al. 2011; Brzoska/Razum 2015). Auf diese Weise ist die sozialwissenschaftliche Diskriminierungsforschung auch Lieferantin von empirischen Analysen und Handlungsempfehlungen für die sozialpolitische Aufgabe des Diskriminierungsschutzes (siehe Wacker 2016).

4.3 Empirische Studien

Auch wenn bisher nur wenige empirische Studien oder Forschungsprojekte die oben ausgeführten Potentiale nutzen, existieren durchaus einige Arbeiten, welche auf das sozialwissenschaftliche Potential für die Rehabilitationsforschung im allgemeinen und die Analyse des EM-Rentengeschehens im Speziellen in *empirischen Studien* zurückgreifen. Diese werden im Folgenden exemplarisch aufgeführt und zur Illustrierung der Ausführungen in Abschnitt 4.1 und 4.2 herangezogen.

Dragano (2007) zeigt anhand seiner Studie „Arbeit, Stress und krankheitsbedingte Frührenten“ den *Zusammenhang zwischen krankmachenden Arbeitsbedingungen und dem vorzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben*. Dabei fokussiert er besonders auf psychosoziale Arbeitsplatzbelastungen, die einen Risikofaktor für eine EM-Berentung darstellen können. Anhand einer empirischen Studie zeigt der Autor auf, dass ArbeitnehmerInnen in Berufen, welche besonders von psychosozialem „Arbeitsstress“ geprägt sind, ein erhöhtes Berentungsrisiko aufweisen. Die Arbeit von Dragano veranschaulicht, wie theoretische Ergebnisse der Gesundheitssoziologie zu pathogenen Auswirkungen von Erwerbsarbeit mittels empiri-

scher Studien für die Analyse des EM-Rentengeschehens genutzt werden können. Nicht nur Ursachen und Mechanismen von „krankmachenden“ Arbeitsbedingungen werden so zugänglich, sondern es ist auch möglich, gezielt vulnerable Gruppen zu untersuchen – in diesem Fall Personen, welche besonders hohen psychosozialen Stressoren ausgesetzt sind.

Ebenfalls aus einer Makroperspektive heraus nutzen und bestätigen Hagen et al. (2010) die Grundannahme der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung, dass Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status überproportional von Krankheitsrisiken bedroht sind, für die Analyse des EM-Rentengeschehens. Die AutorInnen verwenden die Scientific Use Files des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung, um *soziale Unterschiede beim Zugang zu EM-Renten* zu analysieren. Die untersuchte Population bestand aus in Deutschland lebenden Personen zwischen 30 und 59 Jahren, welche in den Jahren 2004, 2005 und 2006 eine volle oder teilweise EM-Rente erhielten. Aus der gezogenen Stichprobe ausgeschlossen wurden Personen mit Vorerkrankungen, Behinderungen, RehabilitandInnen und Pflegepersonen. Dabei nutzen sie zur Identifizierung (vertikaler) sozialer Ungleichheit die Ausbildung bzw. die Tätigkeit der Versicherten, die mit jeweils sieben Ausprägungen codiert und drei Qualifikationsniveaus zugeordnet wurde. Die Ergebnisse zeigen, dass EM-Rentenrisiken ungleich verteilt sind. Auswirkungen auf die Erwerbsminderungsberentung haben demnach sowohl die Qualifikation als auch das Geschlecht oder der Wohnort. Personen mit niedriger Qualifikation sind durch alle Altersgruppen hinweg einem größeren Risiko ausgesetzt, dabei offenbart sich ein Zusammenhang zwischen der Qualifikation und der Diagnosegruppe. Große Differenzen zeigen sich bei den Diagnosegruppen Muskel-Skelett-Erkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Zusammenhang mit der schulischen und beruflichen Qualifikation. „Die Ursachen für die qualifikationsspezifischen Unterschiede bei den EM-Rentenzugängen sind wahrscheinlich vielfältig. Zum einen dürften sie auf gesundheitsbewusstere Lebens- und Verhaltensweisen von Höherqualifizierten zurückzuführen sein. Zum anderen dürften sie in Zusammenhang mit der ausgeübten beruflichen Tätigkeit und den damit verbundenen Risiken stehen. Erwerbstätige mit höherer Qualifikation üben im Vergleich zu Niedrigqualifizierten seltener Berufe aus, in denen chronische körperliche Fehlbelastungen auftreten.“ (Hagen et al. 2010: 97) Männer beziehen häufiger eine EM-Rente als Frauen, wobei weibliche Versicherte ein erhöhtes Risiko aufweisen wegen psychischen Erkrankungen berentet zu werden. Insgesamt ist das EM-Rentenrisiko in den neuen Bundesländern höher als in den alten.

Die Auswirkungen horizontaler Ungleichheiten und die damit verbundenen gesundheitlichen Nachteile im Erwerbskontext werden zwar häufig implizit aufgegriffen, allerdings selten konkret als solche benannt bzw. die dahinterstehenden sozialen Mechanismen kenntlich gemacht. Als exemplarisch für eine Beschäftigung mit gesundheitlicher Ungleichheit im Kontext von EM-Rente, bei welcher Kategorien gesundheitlicher Ungleichheit explizit benannt und Ergebnisse der Diskriminierungsforschung mit in die Ergebnisinterpretation einbezogen werden, ist eine Studie von Brzoska und Razum (2015; siehe auch Kobelt et al. 2011; Brzoska et al. 2014). Die Autoren fokussieren auf die *horizontale Ungleichheitsdimension ethnische Herkunft*. Sie beschäftigten sich, vor dem Hintergrund, dass Personen mit Migrationshinter-

grund wesentlich öfter von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Erwerbsminderung betroffen sind, mit der Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. Untersucht wurden der Zugang und die Qualität präventiver Angebote am Beispiel der medizinischen Rehabilitation. Datenbasis waren Zusammenfassungen von Reha-Routinedaten sowie qualitative Interviews mit RehabilitandInnen und Gesundheitspersonal. Die Ergebnisse zeigen, dass Versicherte mit Migrationshintergrund rehabilitative Versorgungsangebote seltener nutzen als deutschstämmige. Ebenso weisen Menschen mit Migrationshintergrund eine geringere Versorgungszufriedenheit sowie schlechtere rehabilitative Ergebnisse auf. Brzoska et al. (2014) weisen auch auf *Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Leistungen zu Teilhabe an Arbeit* zwischen Deutschen und ausländischen Staatsangehörigen hin. Die AutorInnen führen aus, dass sozioökonomische, demographische und gesundheitliche Faktoren diese Unterschiede nicht erschöpfend erklären können. Als zusätzliche Ursache benennen sie Kommunikationsprobleme durch mangelnde Sprachkompetenz während aller Phasen der Rehabilitation. „Kommunikationsprobleme entstehen andererseits auch durch Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen mit Migrationshintergrund, für die Rehabilitationskliniken und ihr Personal nicht genügend sensibilisiert sind. Hierzu zählen zum Beispiel kulturspezifische Krankheitssymptome, -ausdrücke und -vorstellungen, Scham und kulturelle Tabus sowie ein unterschiedliches geschlechtsspezifisches Rollenverständnis, die im Rehabilitationsprozess nicht ausreichend berücksichtigt werden und so zu Missverständnissen und Unzufriedenheit führen können.“ (Brzoska et al. 2014: 259) Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren im Gesundheitssystem entstehen demnach auch durch mangelnde Sensibilität gegenüber der kulturellen Identität der PatientInnen.

Märtin (2017; ausführlich in Abschnitt 3.3) zeigt auf, wie sozialwissenschaftlich fundierte Konzepte, in diesem Fall die Lebensstilforschung, für die Erforschung von materiellen Lebenslagen von EM-RentnerInnen genutzt werden können. Durch die *Einbeziehung der sozialen Kontexte* (der Haushalte) der EM-RentnerInnen analysiert die Autorin die materielle Lage der berenteten Personen und setzt diese in Bezug zu deren Teilhabechancen. So leistet Märtin einen soziologisch informierten Beitrag zur sozialpolitischen und -rechtlichen Debatte um prekäre Lebenssituationen von EM-RentnerInnen. Sie identifiziert hierbei gezielt besonders vulnerable und von Armut betroffene Lebensformen, wie etwa alleinstehende Versicherte. Diese Ergebnisse können beispielsweise zur gezielten Besserstellung gefährdeter Personengruppen genutzt werden. Da besonders Personen bzw. Haushalte mit niedrigem sozioökonomischen Status von prekären Lebenslagen im EM-Rentenbezug betroffen sind, kann ihr Beitrag auch als Beispiel dafür dienen, welche Relevanzen die gesundheitliche Ungleichheitsforschung für die Analyse des EM-Rentengeschehen aufweist.

Gleich mehrere Dimensionen sozialer Ungleichheit berücksichtigten Jankowiak et al. (2018b). Die Autoren untersuchen den *Zusammenhang zwischen sozialem Status und der Wahrnehmung eines subjektiven Rehabilitationsbedarfs*. Dafür analysierten sie auf Basis der Reha-Statistik-Datenbank der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg aus dem Jahr 2015 Rehabilitations- und Rentenereignisse bzw. deren Ausbleiben des Jahrgangs 1963. Einbezogen wurden die soziodemographischen Merkmale Geschlecht, regionaler

Wohnort, Staatsangehörigkeit, schulische und berufliche Bildung, und der Erwerbsstatus (Tätigkeit, Entgelt, Beschäftigungstage, Arbeitsunfähigkeits- und Arbeitslosenzeiten, Beitragsart). Der Einfluss dieser Merkmale wurde auf die Ereignisse Reha-Antrag, Reha, LTA-Antrag und LTA geprüft. Insgesamt gingen mit einer höheren Bildung und beruflichen Qualifikation eine geringere Beantragungshäufigkeit und Maßnahmen einher. Ausländische Staatsbürger wiesen eine geringe Wahrscheinlichkeit für die Beantragung bzw. Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen auf, ebenso war die Wahrscheinlichkeit bei Frauen geringer als bei Männern. Versicherte mit Kranken- oder Arbeitslosengeldbezug wiesen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen, bei Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben zeigte sich sogar eine 13,2 (Antrag) bzw. 16,5 (Durchführung) mal höhere Wahrscheinlichkeit.

Im Kontext der Auswirkungen von sozialen Ungleichheiten sind außerdem die Ergebnisse der BERATER-Studie zu nennen (Zschucke et al. 2017, ausführlich Abschnitt 2.3), welche daraufhin weisen, dass besonders für *Versicherte mit geringer Bildung* der bürokratische und unübersichtliche Zugang zu Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation eine deutliche Erschwernis bei der Arbeitsmarktintegration sind.

Das Potential der Diskriminierungsforschung, vulnerable Gruppen innerhalb des EM-Rentengeschehens zu identifizieren und deren spezifische Problemlagen zu eruieren, nutzen Richter et al. (2006; siehe auch Richter 2010). Die Autoren bemängeln die schlechte Datenlage zur *Exklusion von psychisch kranken Menschen*. Daher untersuchten sie auf Basis einer 20%tigen Zufallsstichprobe (n=33.646, nach Ausschluss von TeilrentnerInnen) eines Scientific Use Files aus dem Jahr 2003 die Frühberentung von chronisch psychisch erkrankten Personen. Analysiert werden sollte die Inklusion in den Arbeitsmarkt, das Arbeitseinkommen sowie die Exklusion aus intimen Partnerschaften. Die Ergebnisse zeigen, dass im Jahr 2003 psychische Erkrankungen 27,1% der Frühberentungen ausmachen. Innerhalb dieser Gruppe waren depressive Störungen die häufigste Diagnose, gefolgt von schizophrenen Störungen sowie die zusammengefasste Gruppe von Belastungsreaktionen, somatoformen Störungen und Alkoholabhängigkeit. Weibliche Berentete sind wesentlich häufiger an psychischen, als an somatischen Störungen erkrankt, vor allem aus den Diagnosegruppen depressive Störungen, Angsterkrankungen, somatoforme und sonstige neurotische Störungen und Belastungsreaktionen. Männliche Versicherte sind stärker von Alkoholabhängigkeit betroffen und zeigen einen geringfügig höheren Anteil bei den schizophrenen Störungen. In Hinsicht auf die Frage der Exklusion von psychisch erkrankten Personen lässt sich feststellen, dass diese prinzipiell in allen zentralen Lebensbereichen mehr Ausgrenzung erfahren als somatisch erkrankte Personen. Jedoch ist das Ausmaß an sozialer Exklusion innerhalb der Population unterschiedlich: Sozial benachteiligt sind vor allem Personen mit schizophrenen Störungen sowie Menschen mit Alkoholabhängigkeit. So arbeiten etwa männliche Schizophreniepatienten, bezogen auf die Lebensarbeitszeit weniger als die Hälfte, als depressiv Erkrankte. Viele der Untersuchten beziehen Transferleistung (Grundsicherung). In der Untersuchung zeigte sich auch, dass psychisch erkrankte Personen seltener verheiratet waren als somatisch Erkrankte. Das Vorgehen der Autoren weist daraufhin, dass quantitative Untersuchungen de-

skriptive Ergebnisse zu (gesundheitlicher) Ungleichheit bzw. Teilhabe von bestimmten vulnerablen Gruppen zur Verfügung stellen und so zentral für die Entstehung eines Problembewusstseins und der Identifikation von Risikogruppen sind. Jedoch sagen solche Analysen nur wenig über den konkreten Ablauf von Exklusionsprozessen, alltäglichen Arbeitsinteraktionen o.ä. aus, daher können rehabilitative „Gegenmaßnahmen“ auf dieser Grundlage nur schwer konzipiert werden.

Als besonderes Potential der Sozialwissenschaften wird immer wieder die theoretische und empirische Kompetenz *interpretativ-qualitativer Ansätze* genannt, um die subjektive Perspektive der EM-RentnerInnen zugänglich und für die Konzeption von Rehabilitationsmaßnahmen nutzbar zu machen. Dies belegt die Studie von Bartel (2018b), in welcher sich die Autorin mit dem Paradox beschäftigt, dass Erwerbsarbeit einerseits salutogene Wirkung und andererseits Gesundheitsrisiken beinhaltet. Davon ausgehend beschäftigt sich die Autorin mit den *gesundheitsbedingten Ausstiegs- und Neuorientierungsprozessen* (Return to Work) im Erwerbsleben. Anhand eines exemplarischen, qualitativ ausgewerteten Fallbeispiels rekonstruiert sie das komplexe soziale Bedingungsgefüge für einen Ausstiegsprozess, konzipiert theoretisch eine Aushandlungsarena für die Krankheitsbewältigung und die berufliche Neuorientierung, wie in Abbildung 5 dargestellt.

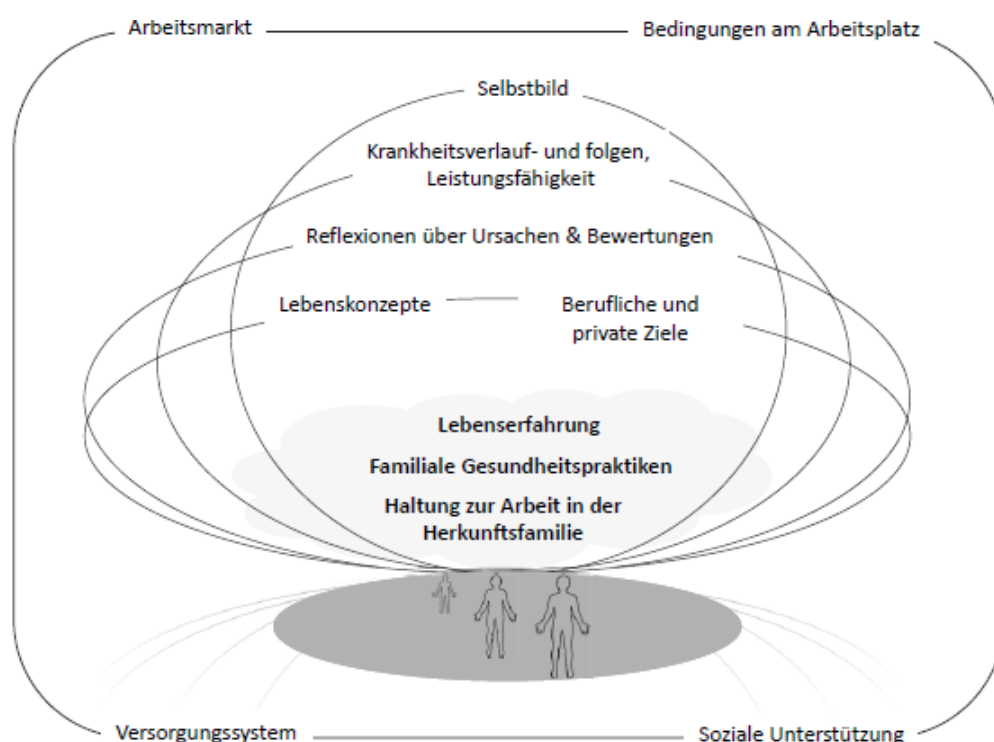


Abb. 5: Aushandlungen während der Krankheitsbewältigung und Neuorientierung (aus: Bartel 2018b: 147).

Zentrales Ergebnis ist, dass chronische Erkrankungen während der Erwerbstätigkeit als eine Ausnahmesituation erlebt werden. Für die ArbeitnehmerInnen bedeutet dies, dass die Gestaltung der beruflichen Zukunft mit Blick auf die gesundheitliche Einschränkung geplant werden muss, wobei ein jüngeres Lebensalter ein fördernder Faktor ist. Bartel (2018b: 152)

berichtet von einem Perspektivwechsel, der von „Arbeit oder Gesundheit“ zu „Arbeit und Gesundheit“ führt. Demnach sehen ArbeitnehmerInnen, welche die Erfahrung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung gemacht haben, ihre Gesundheit als eine Ressource, die es in Hinblick auf die eigene Erwerbsfähigkeit zu schützen gilt und nicht der Arbeit untergeordnet werden darf. Hindernisse für eine Integration von gesundheitlichen Bedürfnissen in die Erwerbsarbeit sieht die Autorin bei den in die Tätigkeitsfelder fixierten Arbeitsabläufen, dem Personalmangel, fehlendem Engagement und Verständnis der Vorgesetzten, aber auch eingefahrenen Verhaltensmustern. Demnach sind allgemeine Rahmenbedingungen für ein „gesundes Arbeiten“ die Dimensionen Zwischenmenschlichkeit und Eigenverantwortung. Berufliche Neuorientierung wird von den Ressourcen soziale Unterstützung, sinngebende Lebens-Ankerpunkte, persönliche Ressourcen und Sinnstiftung der Erwerbsarbeit beeinflusst. Bartel zeigt auf, wie qualitative Forschungsdesigns in der Lage sind die lebensweltliche Situation und subjektiven Wahrnehmungen der RehabilitandInnen zu erfassen und so die sozialen Dimensionen von Return to Work- bzw. Stay at Work-Prozessen herauszuarbeiten.

Neben der hermeneutischen Rekonstruktion der Lebenswelt von Versicherten können sozialtheoretisch informierte Zugänge aber auch andere beteiligte Akteure und Prozesse des sozialen Sicherungssystems für die EM-Rentenforschung zugänglich machen. Exemplarisch ist hier eine Studie von Bartel et al. (2015) zu nennen, in welcher die AutorInnen aufzeigen, wie qualitative Studien zum Verständnis der sozialen Konstruktion von Erwerbsminderung beitragen können. Sie untersuchten Heuristiken von PrüfärztInnen in Entscheidungsprozessen bei Anträgen auf EM-Renten. Es sollte herausgearbeitet werden, wie latente Muster und Einflussfaktoren die Entscheidungen in der alltäglichen Gutachterpraxis beeinflussen. Das triangulative Forschungsdesign bestand aus Aktenanalyse, Interviews und Think-Aloud-Protokollen (siehe Kardorff et al. 2012). Datenbasis waren 130 Aktenanalysen, Leitfadenterviews mit sozialmedizinischen ExpertInnen, PrüfärztInnen und ExpertInnen aus der Leitungsebene. Bartel et al. arbeiten verschiedene Entscheidungsheuristiken in den Begutachtungsprozessen heraus. Mit verfahrensbezogenen Heuristiken bezeichnen sie, dass Entscheidungen davon beeinflusst werden in welchem Stadium das Begutachtungsverfahren ist. Ausschließlich sozialmedizinische Entscheidungen über die Leistungsfähigkeit der Versicherten finden sich nur im Erstantragsverfahren. Dagegen sind bei Widersprüchen und Klagen, neben den medizinischen Überlegungen, auch rechtliche Kriterien relevant, etwa ob eine Entscheidung vor Gericht Bestand hätte. Bei Anträgen zur Verlängerung von EM-Renten ist die Entscheidungsheuristik „schnell und mit wenig Aufwand“ sowie „verfahrenssicher“ vorzufinden. Fallbezogene Heuristiken bei Routineentscheidungen illustrieren die AutorInnen mit der Interviewäußerung „man muss die Akte rund machen“. Dies zeigt, dass es bei den Entscheidungen vor allem um eine medizinische und sozialrechtliche akzeptable Begründung geht. Deduktionslücken, etwa bei ungenauer Aktenlage, Widersprüchlichkeiten usw., werden mit Hilfe der Entscheidungsheuristiken überbrückt und geschlossen. Auf diese Weise wird eine Akzeptabilität der Entscheidung konstruiert, die Komplexität des Entscheidungsprozesses wird reduziert und eine sachverständige Beurteilung kann erfolgen. Die Studie zeigt, wie abhängig das Begutachtungsergebnis von sozialen Dimensionen, wie der Arbeitslast der

GutachterInnen, deren berufsspezifischer Sozialisation, rechtlichen Rahmungen und subjektiven Ansichten, neben den „medizinischen Fakten“ ist.

Zusätzlich zu den in Abschnitt 4.1 und 4.2 besprochenen Thematiken bestehen auch Studien und Auseinandersetzungen damit, wie die *soziologische Expertise praxisbezogen für die Rehabilitationswissenschaft genutzt und SoziologInnen bei Rehabilitationsmaßnahmen eingebunden werden können*. Slesina (2008) beschäftigt sich auf Basis der Darstellung einer empirischen Studie mit potentiellen praktischen Beiträgen der Medizinsoziologie für die Rehabilitation. Der Autor identifiziert als Determinanten für die Rückkehr in Arbeit neben medizinischen Faktoren, wie Befunden oder dem Grad der körperlichen Leistungsfähigkeit, vor allem soziale Dimensionen, wie psycho-soziale Variablen (Ängstlichkeit, soziale Unterstützung, subjektive Zukunftserwartungen), soziodemographische Merkmale (Alter, Beruf, Bildung usw.) oder die Arzt-Patienten-Interaktionen während der Behandlungen als ausschlaggebend für den Rehabilitationserfolg – also zum großen Teil Determinanten, deren Untersuchung in den Bereich der Sozialwissenschaften fallen. Wie sich diese soziologische Perspektive bei konkreten Rehabilitationsmaßnahmen einbringen kann, zeigt er bei einer selbst durchgeführten Interventionsstudie (mit Kontrollgruppe) in der berufsorientierten medizinischen Rehabilitation. Ziel der Studie war es, die *Rehabilitationsmaßnahmen stärker nach den tatsächlichen beruflichen Anforderungen* auszurichten, umso die Rückkehr in Arbeit zu steigern. Um dies zu erreichen, wurden behandelnden Ärzten detaillierte Informationen über berufliche Anforderungen bzw. Überforderungen von RehabilitandInnen mit degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen und Herzinfarkten zur Verfügung gestellt. Neben den genannten Indikationsgruppen waren Auswahlkriterien, dass die Betroffenen bei der LVA-Sachsen-Anhalt versichert, unter 55 Jahre alt, erwerbstätig oder weniger als ein Jahr erwerbslos waren. In drei Reha-Kliniken in Sachsen-Anhalt wurden zu drei Messzeitpunkten (Reha-Beginn- und Ende sowie sechs Monate nach der stationären Reha) standardisierte Befragungen der RehabilitandInnen zu Schmerzempfinden, Beschwerden, psychischer Verfassung und subjektiver Arbeitsprognose durchgeführt. Zusätzlich wurde die Leistungsfähigkeit der RehabilitandInnen mit Hilfe der EAM-Methode, die jeweils 47 Anforderungs- und Fähigkeitsmerkmale abbildet, überprüft. Entgegen der Annahme zeigten sich bei keiner der untersuchten Dimensionen positive Auswirkungen der Intervention. „Bilanzieren wir kurz: Die Interventionsmaßnahme des Projektes in Form differenzierter berufsbezogener Informationen hat sich als nicht erfolgreich erwiesen. Die Interventionsgruppe erzielte keine günstigeren Outcome-Werte als die Vergleichsgruppe ohne berufsbezogenes Informationsangebot. Offenbar sind berufsbezogene Informationen für sich allein keine hinreichende Voraussetzung für Verbesserungen des Reha-Outcomes.“ (Slesina 2008: 335) Der Autor führt dies auf mangelnde Anschlussfähigkeit der zur Verfügung gestellten Informationen in den Reha-Einrichtungen zurück und folgert vor dem Hintergrund, dass berufsbezogene Assessments in anderen Studien positive Resultate zeigen: „Es erscheint erforderlich, die „beruflich orientierte medizinische Rehabilitation“ als Leitziel der Organisation zu definieren und in den Strukturen und Prozessen der Reha-Einrichtungen durch Maßnahmen der Organisations- und Personalentwicklung zu verankern.“ (Slesina 2008: 335) Der Autor schlägt, auf Basis bisheriger Studien, verschiedene Ansätze zur Unterstützung einer Rückkehr in Arbeit vor, wie eine vertiefte So-

zialberatung für Versicherte mit erhöhtem Erwerbsminderungsrisiko (siehe Orde/Schott 2003), konsiliarische Beratung zwischen Rehabilitationsarzt und Betriebsarzt (siehe Riedl 2002) sowie eine intensivierete Nachsorge (siehe Köpke 2004). Für die Einbindung medizinsoziologischer Beiträge in die Rehabilitationsforschung schlägt er folgende Felder vor: Disease Management-Programme, Mitwirkung bei der „Verzahnung“ von Selbsthilfe und Rehabilitationsmaßnahmen, Makro-Mikro-Analysen des Rehabilitationssystems sowie qualitative Studien über die subjektive Prognose der RehabilitandInnen. Die Studie ist insoweit hervorzuheben, weil sie klar das soziologische Potential für die Rehabilitation bzw. Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen und erwerbsminderungsbedrohten Versicherten sowohl in Hinsicht auf die Anwendung soziologischer Theorie und Vorarbeiten als auch der konkreten Anwendung in Rehabilitationsmaßnahmen aufzeigt.

Ein weiteres, bisher empirisch nur selten behandeltes Thema ist die *Rolle der Angehörigen bei dem Rehabilitationserfolg von erwerbsgeminderten Personen*. Auch an dieser Stelle können sozialwissenschaftliche Perspektiven, welche auch das soziale Umfeld in ihre Fragestellungen und Forschungsdesigns mit einbeziehen, dazu beitragen, ein breiteres Verständnis der Sozialität von Rehabilitationsmaßnahmen zu erlangen. So zeigen etwa Kirschning und Kardorff (2007) anhand einer *Onlinebefragung von Angehörigen von Brust- und Prostatakrebserkrankten*, dass die Befragten im Internet medizinische Themen recherchieren. Die Befragten empfehlen ihren erkrankten Angehörigen auf Basis dieser Informationen Behandlungen besonders, wenn die Erkrankten selbst nur über unzureichende Online-Kompetenzen verfügen. Die Studie verweist darauf, dass die Befragten, bei den Versuchen die online recherchierten Ergebnisse mit den behandelnden Ärzten zu besprechen, oft auf ärztliches Desinteresse oder überforderte ÄrztInnen stoßen. Die AutorInnen resümieren, dass die Angehörigen zwar eine wichtige Rolle in der Therapie und Bewältigungsarbeit spielen, diese jedoch seitens der ÄrztInnen nicht ausreichend beachtet wird. Aus der Arbeit lässt sich auch folgern, dass konventionelle Arzt-Patienten-Beziehungen bisher nicht in der Lage sind die potentiellen Vorteile webbasierter Informationen zu integrieren. Es wäre zu erforschen, ob ÄrztInnen bei der Beratung und Information von EM-RentnerInnen (etwa zu Rehabilitationsangeboten) offen für die Diskussion von online erlangten Informationen sind und bereit die Online-Recherchen von Angehörigen als Ressource zum Therapieerfolg zu nutzen.

4.4 Zusammenfassung und Fazit

Das sozialwissenschaftliche Theorieangebot weiß auf mehreren Ebenen das Potential auf die Erforschung des Phänomens „EM-Rente“ theoretisch zu fundieren und die Perspektiven der Rehabilitationsforschung sowie der ökonomischen, sozialpolitischen und -rechtlichen Arbeiten zu Erwerbsminderung um eine Sensibilität gegenüber *gesellschaftlichen Bedingungsfaktoren* zu ergänzen. Die sozialwissenschaftliche Theoriebildung bietet die Möglichkeit, die in der angewandten Rehabilitationsforschung zur Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen relevanten, sozialen Dimensionen nicht nur deskriptiv zu erfassen, sondern auch ursächlich zu verstehen und dieses Wissen bei der Reaktion auf die aktuellen

Herausforderungen des EM-Rentengeschehens zu nutzen. Das so zugänglich gemachte Themenspektrum umfasst etwa die Herausbildung von Identitäts- und Rollenbildern der EM-RentnerInnen, Stigmatisierungen bzw. Diskriminierungen auf dem Arbeitsmarkt oder auch Sozialisationsprozesse in eine „EM-Rentenkarriere“. Gleichzeitig ist aber festzustellen, dass das sozialwissenschaftliche Potential bisher nur in wenigen Studien der EM-Rentenforschung genutzt wird. Es werden nur einzelne, wenige Aspekte aus dem umfangreichen sozialwissenschaftlichen Theorieangebot in den gesichteten Studien verwendet. Darüber hinaus erfolgt der Rückgriff auf sozialwissenschaftliche Konzepte meist implizit und ohne Reflektion. Ebenso werden die Implikationen auf sozialwissenschaftlicher Basis gewonnener Ergebnisse nur in wenigen Fällen bei der Formulierung von Handlungsempfehlungen berücksichtigt.

Da eine vollumfängliche Darstellung des sozialwissenschaftlichen Forschungsstandes nicht möglich ist, fokussierte die Aufarbeitung auf das EM-rentenrelevante sozialwissenschaftliche Theorieangebot innerhalb der *Gesundheitssoziologie* und der *gesundheitlichen Ungleichheitsforschung* (4.1), der *Soziologie der Behinderung* und der *Disability Studies* (4.2) sowie einiger exemplarischer *empirischer Studien* (4.3) zur Arbeitsmarkt(re)integration von gesundheitlich beeinträchtigten Personen.

Die *Gesundheitssoziologie* bietet eine umfangreiche Analyse der Wechselwirkungen zwischen gesellschaftlichen (sozialen, kulturellen, ökonomischen und ökologischen) Bedingungen der Entstehung und der Folgen von Gesundheit und Krankheit (siehe Hurrelmann 2010). Damit fügt der gesundheitssoziologische Forschungsstand der naturwissenschaftlichen Gesundheitsforschung eine Perspektive hinzu, welche Krankheiten nicht lediglich aus Sicht des Individuums und unter medizinischen Aspekten untersucht, sondern die Sozialität von Krankheit und Gesundheit hervorhebt (Richter/Hurrelmann 2016: 3; siehe auch Germov 2009; Nettleton 2013). Dabei lassen sich verschiedene analytische Ebenen der gesellschaftlichen Bedingungsfaktoren feststellen, welche die Gesundheitssoziologie abdeckt (siehe Bittlingmayer 2016; Sperlich 2016): Auf der Makroebene werden Ursachen für die Prävalenz von Krankheitswahrscheinlichkeiten bzw. Gesundheitschancen, gegliedert nach gesamtgesellschaftlichen Grobstrukturen und Großgruppen, untersucht (siehe Hadril 2009). Der gesellschaftliche Mesobereich wird dagegen gezielt auf die Wechselwirkungen zwischen Morbidität und Handlungen (kollektiver) Akteure in organisationalen Kontexten untersucht (siehe Behrens 2009). Diese Forschungen sind für die Frage nach dem EM-Rentengeschehen besonders relevant, da sie häufig betriebliche Arbeit und daraus resultierende gesundheitliche Auswirkungen untersuchen (siehe Dragano 2007, 2011 u. 2016; Slesina 2008). Die Mikroebene wird durch die Beschäftigung mit gesundheitsrelevantem Verhalten und subjektivem Gesundheitserleben im Alltag abgedeckt.

Die *gesundheitliche Ungleichheitsforschung* untersucht die in der Gesellschaft ungleich verteilten Krankheitswahrscheinlichkeiten und Gesundheitschancen. Sie identifiziert verschiedene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit sowie für einzelne gesellschaftliche Gruppen spezifisch wirkende pathogene und salutogene Faktoren. Das zentrale Ergebnis des Forschungsstandes, der sich mit vertikalen Ungleichheiten (Einkommen, Bildung, beruflicher

Status) beschäftigt, ist, dass Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status wesentlich häufiger von Krankheit, Behinderung und Unfallverletzung betroffen sind, die eigene Gesundheit schlechter einschätzen und früher versterben (siehe Lampert/Kroll 2009: 309). Berücksichtigt und untersucht wird auch schichtspezifisches Gesundheitsverhalten, wie etwa Ernährung-, Sport- und Rauchgewohnheiten, oder der Zugang zur Gesundheitsversorgung (siehe Hadril 2009; Hagen et al. 2010; Klein/Knesebeck 2016). Ansätze, welche horizontale Ungleichheitsdimensionen berücksichtigen, beziehen sich meist auf ungleich verteilte, alltägliche gesundheitsrelevante Lebensbedingungen, wie etwa Arbeitsbedingungen, Wohnsituationen oder Expositionen gegenüber Umweltstressoren in Abhängigkeit von den Merkmalen Alter, Geschlecht, ethnischer Hintergrund, sexuelle Orientierung u.ä. (siehe Erhart et al. 2009: 338; siehe auch Kuhlmann 2016; Sundmacher 2016). Auf diese Weise können für bestimmte Gruppen spezifische Krankheitsrisiken und deren Entstehungsursachen in der Lebenswelt der untersuchten Population benannt werden (siehe Behrens 2009; Lampert 2016).

Die Gesundheitssoziologie und gesundheitliche Ungleichheitsforschung bieten damit *theoretische Konzepte und empirische Vorgehensweisen* an, um soziale Bedingungsfaktoren für EM-Rentengründe zu erfassen, Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zwischen EM-Rentengeschehen und gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen nachzuvollziehen sowie Risikogruppen zu identifizieren. Auf diese Weise kann einerseits zur Analyse des EM-Rentengeschehens bzw. gelingenden und hemmenden sozialen Faktoren bei der Arbeitsmarkt(re)integration beigetragen werden. „Es lässt sich resümieren, dass bei unterschiedlichen Krankheitsarten soziodemographische Merkmale und der soziale Kontext der RehabilitandInnen, ihre Erfahrungen im bisherigen Arbeitsbereich sowie psychische Merkmale erhebliches Gewicht für die Rückkehr zur Arbeit haben.“ (Slesina 2008: 332) Andererseits können auf Basis der analytischen Ergebnisse gezielt Präventions- und Rehabilitationskonzepte auf die Bedürfnisse von besonders vulnerablen, erwerbsminderungsbedrohten Gruppen angepasst und Handlungsempfehlungen für die Rehabilitationserbringer formuliert werden.

Ergebnisse und Ansätze aus den Bereichen *Soziologie der Behinderung* und der *sozialwissenschaftlichen Diskriminierungsforschung* fassen Gesundheit und Erkrankung als soziale Konstruktion auf und beschäftigten sich mit deren sozialen Folgen (siehe Schramme 2003; Cloerkes 2007; Kastl 2010; Waldschmidt 2012; Kardorff 2012). Für die Erforschung der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen ist dies relevant, da er Auskunft über das subjektive Erleben der Betroffenen gibt, arbeitsmarktrelevante Diskriminierungen und Stereotypen gegenüber gesundheitlich beeinträchtigten Personen erfasst sowie die soziale Konstruktion von „EM-RentnerInnenidentitäten“ und ihrer gesellschaftlichen Teilhabechancen untersucht. Die Soziologie der Behinderung (und die Disability Studies) geht davon aus, dass die sozialen Folgen einer medizinischen Diagnose von den gesellschaftlich vorherrschenden Krankheitsverständnissen geprägt sind (siehe Cloerkes 2007; Kastl 2010; Waldschmidt 2012). Unterschieden wird zwischen medizinisch diagnostizierten Beeinträchtigungen („Impairment“), etwa eine Querschnittslähmung, und Behinderung („Disability“) als deren sozialen Folge, wie etwa eingeschränkte soziale Teilhabe durch fehlende Barrierefreiheit für RollstuhlfahrerInnen (siehe Hughes/Paterson 1997; Waldschmidt 2006 u. 2011). Daraus folgt ein

grundlegender Perspektivwechsel bei der Analyse von gesundheitlich devianten Gesundheitszuständen, der nicht mehr das einzelne Individuum und seine „Behinderung“ fokussiert, sondern die gesellschaftlich produzierten Folgen seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung (siehe Dobusch et al. 2012). Diese Perspektive kann genutzt werden, um bei der Frage nach der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen nicht nur deren funktionelle Defizite zu beachten, sondern auch um zu verstehen, welche Auswirkungen sozialisationsbedingte Erfahrungen von Vorgesetzten, KollegInnen, ÄrztInnen, TherapeutInnen oder SachbearbeiterInnen im Umgang mit Erkrankungen haben. Daran anschließend kann dieses Wissen auf die Chancen zur Teilhabe an Arbeit und Return to Work-Prozessen bezogen werden. Auf diese Weise lässt sich das ausschlaggebende soziale Umfeld von EM-RentnerInnen mit in die Planung und Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen einbeziehen (siehe Bartel 2018a u. 2018b; Detka/Ohlbrecht 2018, Kardorff 2018a). Darüber hinaus können theoretische Konzepte aus dem Interaktionismus, wie das „Stigmamanagement“ (siehe Goffman 1975; Kardorff 2012), der „Masterstatus“ (siehe Goffman 1975; Becker 1981) oder die „sekundäre Devianz“ bzw. der „Labeling Approach“ (siehe Lemmert 1974; Lautmann 2011; Brusten 2011) verwendet werden, um die arbeitsmarktrelevanten Interaktionen und Identitätskonstitutionen von EM-RentnerInnen gemäß ihrer sozialen Komplexität zu erfassen. Die interaktionistischen Ansätze zeigen auf, dass neben der Therapie funktioneller Defizite vor allem soziale Folgen von Behinderung, wie eine niedrige Rückkehrmotivation, Sorgen um die Konkurrenz- und Leistungsfähigkeit oder Ängste vor Diskriminierung und Konflikten, einen Return to Work- oder Stay at Work-Prozess prägen. Erkrankungen und Behinderungen sind in unserer Gesellschaft meist mit negativen sozialen Folgen für die Betroffenen verbunden, zusätzlich zeigt die Diskriminierungsforschung, dass bestimmte gesundheitlich beeinträchtigte Personengruppen besonders von Benachteiligung betroffen sind (siehe Hormel/Scherr 2010). So sind etwa psychisch erkrankte Personen gesellschaftlichen Vorurteilen ausgesetzt, welche sich deutlich in arbeitsmarktbezogenen Nachteilen, wie Mobbing, überproportionaler Erwerbslosigkeit sowie dem Verlust von Anerkennung und Kompetenzerleben in der Arbeit auswirken (siehe Gaebel et al 2005; Richter et al. 2006: 704.; Kardorff/Ohlbrecht 2008). Die Diagnosegruppe der psychischen Erkrankungen nimmt im EM-Rentengeschehen eine immer wichtigere Rolle ein. Rehabilitationsdienstleister unternehmen bereits verstärkt Anstrengungen, psychisch erkrankte Versicherte in den Arbeitsmarkt zu integrieren (siehe Jäckel 2014). Gleichzeitig ist bekannt, dass psychisch erkrankte Personen deutlichen Schwierigkeiten bei der Teilhabe am Arbeitsleben ausgesetzt sind (siehe Deutsche Rentenversicherung 2014; Herget et al. 2017; Mernyi et al. 2018; Schwarz 2018; Kardorff 2010a). Die Ergebnisse der Diskriminierungsforschung bezüglich Stereotypen, strukturellen Benachteiligungen und Konfliktpotentialen von psychisch erkrankten Personen im Erwerbsleben könnten dazu beitragen, die Rehabilitationsforschung weiter auf die spezifische Lage dieser Personengruppe zu sensibilisieren. Auf Basis des Forschungsstandes ließen sich bereits erfolgreich eingesetzte Instrumente zur Konfliktlösung, etwa professionell moderierte, dialogische Modelle, mit allen bei der Arbeitsmarktintegration beteiligten Akteuren (siehe Kardorff 2001) in Rehabilitationsmaßnahmen integrieren.

Einige *empirische Studien* nutzen bereits die ausgeführten Potentiale der sozialwissenschaftlichen Theoriebildung bei der Identifikation von Forschungslücken, der Operationalisierung ihrer Forschungsfragen, der Methoden- und Datenwahl sowie bei der Ergebnisinterpretation und der darauffolgenden Formulierung von Handlungsempfehlungen. Die in Abschnitt 4.3 exemplarisch vorgestellten Studien zeigen dabei auch, dass und wie der sozialwissenschaftliche Forschungsstand gewinnbringend für die EM-Rentenforschung genutzt werden kann. Gleichzeitig wird deutlich, dass das sozialwissenschaftliche Potential bisher nur in einem kleinen Teil des Forschungsstandes Anwendung findet und theoretische Konzepte oft nur implizit sowie ohne die volle Ausschöpfung ihrer Aussagekraft verwendet werden. Es bestehen beispielsweise Arbeiten, die sich damit beschäftigen, wie arbeitsplatzbezogene Stressoren das EM-Rentenrisiko erhöhen (siehe Dragano 2007; Mika 2013). Diese nutzen den Wissensbestand der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung, um besonders vulnerable Gruppen zu identifizieren (siehe Hagen et al. 2010). Bisher werden vor allem die horizontalen Ungleichheitsdimensionen Geschlecht und ethnische Herkunft im Kontext vom EM-Berentungsrisiko bzw. der Analyse des Zugangs zu Rehabilitationsangeboten berücksichtigt (siehe Hagen 2014; Brzoska 2014; Brzoska/Razum 2015; Zschucke et al. 2017; Jankowiak et al. 2018b; siehe auch Abschnitt 5.3). Ebenfalls bereits zur Identifikation von vulnerablen Gruppen eingesetzt werden theoretische Konzepte der Lebensstilforschung und der Diskriminierungsforschung, die zusätzlich noch eine detaillierte Beschreibung der spezifischen Problemlagen der betroffenen Population ermöglichen (siehe Richter et al. 2006; Martin 2017). Um einen Zugang zur subjektiven Perspektive von EM-RentnerInnen und anderen am EM-Rentengeschehen und der Arbeitsmarkt(re)integration beteiligten Akteuren zu erreichen, werden vorwiegend qualitativ-interpretative Forschungsdesigns verwendet (siehe Kardorff et al. 2012; Bartel et al. 2015; Bartel 2018b; Detka/Ohlbrecht 2018).

Insgesamt ist festzuhalten, dass zahlreiche Anknüpfungspunkte zwischen dem gesundheitssoziologischen bzw. sozialwissenschaftlichen Forschungsstand und der EM-Rentenforschung bestehen. Die *Integration und Nutzung des sozialwissenschaftlichen Wissensbestandes* steht aber erst am Anfang. Zahlreiche theoretische und methodisch-empirische Anwendungsmöglichkeiten erscheinen vielversprechend, ihr volles Potential muss jedoch erst sowohl in zukünftigen empirischen Studien als auch in noch zu leistenden theoretisch-konzeptuellen Arbeiten zugänglich gemacht werden. Es lassen sich dennoch schon einige konkrete Anwendungsfelder in der EM-Rentenforschung benennen, in denen sich eine kurzfristige Einbindung sozialwissenschaftlicher Expertise besonders anbietet oder sich bereits konzeptuelle Vorarbeiten finden lassen: Als Vorbild dafür könnte die in der medizinischen Versorgungsforschung bereits stattgefundene Integration von sozial- und naturwissenschaftlich-medizinischer Perspektiven dienen. Eine ähnliche Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen der rehabilitationswissenschaftlichen Präventions- und Versorgungsforschung und der (Gesundheits)Soziologie könnte ebenfalls dazu beitragen, die klinische Forschung um die komplexen *sozialen Dimensionen bei der Entstehung und den Folgen von Erwerbsminderung* zu komplementieren (siehe Richter/Hurrelmann 2016). So könnte eine komplexitätsangemessenere Betrachtungsweise des EM-Rentengeschehens und der Arbeitsmarkt(re)integration erreicht werden, auf welcher effizientere Versorgungs- und Re-

habilitationskonzepte aufbauen können. Beiträge aus der Medizinsoziologie verdeutlichen, dass die soziologische Perspektive auf das „Rehabilitationssystem“ analytische Kategorien wie Input-Output-Beziehungen, Systemziele und -funktionen sowie Mechanismen der Systemsteuerung beinhalten (Slesina 2008), welche Rehabilitationsmaßnahmen in einen größeren gesellschaftlichen Kontext einordnen. Auf diese Weise können Konflikte zwischen verschiedenen Akteuren im Rehabilitationssystem oder gesamtgesellschaftlich relevante Entwicklungen für die Rehabilitationsdienstleister erkannt werden. „Die Institutionen des Rehasystems, d. h. die Kostenträger und insbesondere auch die Leistungserbringer, werden extern normativ gesteuert durch gesetzliche und administrative Zielvorgaben, Qualitätsvorgaben, Ressourcenzuteilung. Für die Gestaltung der Prozesse der Leistungserbringung sind zudem fachliche Standards und Routinen der verschiedenen Berufsgruppen der Rehabilitation zentral. Sie tragen auch zur Eigenlogik von Systemprozessen bei.“ (Slesina 2008: 331) Diese Perspektive erweitert den stark anwendungsbezogenen Forschungsstand der Rehabilitationswissenschaften und bietet somit das Potential rehabilitative Maßnahmen zur Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen auf mögliche Konflikte mit anderen gesellschaftlichen Teilbereichen zu prüfen bzw. diese zu vermeiden (zum Beispiel Zielkonflikte, wie zwischen Absicherung und Aktivierung).

Ein weiterer Anknüpfungspunkt sind *Synergien zwischen der sozialwissenschaftlichen Perspektive und sozialarbeiterischem Handeln*, etwa in der beruflichen Rehabilitation und bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Seit längerem bekannt ist, dass eine intensive, sozialarbeiterische (Fall)Begleitung und Beratung während der Rehabilitationsprozesse die Rückkehrchance in das Erwerbsleben erhöht (siehe Kastl/Trost 2002; BAR 2001; Anton 2013). Konzepte der sozialen Arbeit, welche in Rehabilitationsmaßnahmen Anwendung finden, betonen die Berücksichtigung der individuellen Lebenswelt der RehabilitandInnen und vor allem die Ausrichtung des Return to Work-Prozesses an dieser. Die Zielstellung von SozialarbeiterInnen im Rehabilitationsprozess ist die „[...] Motivierung, Begleitung und Anleitung, Unterstützung bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien, Entwicklung von Lösungsansätzen, Förderung der Transparenz und Compliance, Stärkung der Selbstbestimmung, gegebenenfalls Übernahme der anwaltlichen Funktion.“ (DVSG 2008) Dieses Aufgabenspektrum umfasst explizit die Berücksichtigung sozialer Dimensionen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und so im Falle der Verminderung der Erwerbsfähigkeit auch die Einbeziehung von Arbeitgebern und KollegInnen (siehe Anton 2013: 3.f). Um diese Ziele durchsetzen zu können, ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit aller am Rehabilitationsprozess beteiligter Leistungserbringer erforderlich, welche bisher allerdings – obwohl ihre Notwendigkeit immer wieder postuliert wird – nur begrenzt stattfindet. Auch wenn sozusagen ein „guter Wille“ zur Kooperation bei Akteuren der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie der Sozialversicherer vorhanden ist, benötigen diese umfangreiches Wissen über die sozialen Dimensionen des Rehabilitationsprozesses, um die oben beschriebene, optimale Fallbegleitung leisten oder unterstützen zu können. An dieser Stelle würde ein Transfer des Wissens über die soziale Konstruktion bzw. die sozialen Folgen von Erkrankung und Behinderung die beteiligten Akteure in die Lage versetzen, ihre Aufgaben besser zu bewältigen und ihre Rolle innerhalb der sozialen Dynamiken bei der Arbeitsmarkt(re)integration zu

reflektieren. Sozialarbeiterisches Handeln profitiert schon heute von sozialwissenschaftlicher Theoriebildung, wobei deren Potential bei der praktischen Anwendung noch nicht ausgeschöpft ist und daher ein fortgesetzter interdisziplinärer Austausch sinnvoll erscheint.

Auch könnte eine intensivere Nutzung des *Interpretativen Paradigmas und qualitativer Methoden der empirischen Sozialforschung* helfen rehabilitationswissenschaftliche Konzepte zur Arbeitsmarkt(re)integration effizienter zu gestalten. Wie schon in einigen Studien gezeigt, bietet vor allem der qualitative Zugriff auf die emische Perspektive der EM-RentnerInnen eine Ressource für die Entwicklung von Rehabilitationsmaßnahmen. „Ein besonderes Potenzial qualitativ angelegter psychologischer Untersuchungen in der Rehabilitation besteht darin, ausgehend vom Erleben und den Bedürfnissen Betroffener passgerechte, akzeptierte, nachhaltige und lebensweltlich fundierte Formen rehabilitativer Angebote zu entwickeln, die nicht alleine den gängigen ökonomischen oder versorgungssystembedingten Imperativen der Effizienz und Effektivität oder expertendefinierten Kriterien folgen. Im Sinne von Partizipation und Selbstbestimmung, aber auch für ein umfassenderes wissenschaftliches Verständnis ist deshalb den interaktiven und kommunikativen Aspekten des Rehabilitationsprozesses durch qualitativ orientierte, psychologische Rehabilitationsforschung stärker Rechnung zu tragen.“ (Kardorff 2012b: 788) Wie der Forschungsstand der Soziologie der Behinderung zeigt, sind gerade bei „nicht-respektablen“ Erkrankungen, was, trotz beginnender Entstigmatisierung, immer noch vor allem psychische Erkrankungen sind, die sozialen Folgen der Erkrankung teils gravierender als die biomedizinisch funktionellen Beeinträchtigungen. Für die Arbeitsmarkt(re)integration von psychisch erkrankten Versicherten bedeutet dies, dass sich Rehabilitationskonzepte eindeutig mehr auf die sozialen Komponenten des EM-Rentengrundes ausrichten müssen und nicht wie bisher vornehmlich auf die „individuelle“ Symptomatik der Betroffenen. Erst wenn die sozialen Folgen, wie Diskriminierungen und Stigmatisierungen auf dem Arbeitsmarkt und deviante Selbstwahrnehmungen, innerhalb der Rehabilitationskonzepte berücksichtigt und den negativen Auswirkungen durch gezielte Maßnahmen entgegengewirkt werden, kann eine bessere (Re)Integration erreicht werden. Dies kann jedoch nur auf Basis eines umfänglichen Wissens über soziale Dynamiken bei psychischen Erkrankungen im Erwerbsleben stattfinden. Dafür wäre ein *Transfer des Forschungsstandes der Soziologie der Behinderung und der Disability Studies in den rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsstand* zur Erwerbsminderungsberentung notwendig, der bisher jedoch nur geringfügig erfolgt ist. Gerade da im EM-Rentengeschehen seit langem eine Zunahme psychischer Erkrankungen zu verzeichnen ist, erscheinen an dieser Stelle eine intensivere wechselseitige Wahrnehmung und interdisziplinärer Austausch angebracht.

Vor dem Hintergrund der obenstehenden Ausführungen kann als langfristig anzustrebendes *Forschungsdesiderat die theoretische Rückbindung* bzw. die Entwicklung von Theorien mittlerer Reichweite zur Erklärung des EM-Rentengeschehens benannt werden. Eine Theoretisierung der bisherigen empirischen Befunde bietet auch die Möglichkeit bestehende Studien besser miteinander zu vergleichen und fallübergreifende soziale Mechanismen bzw. Spezifika bestimmter Gruppen zu erkennen, welche dann wiederum in Handlungsempfehlungen für die Rehabilitationsleistungserbringer umgesetzt werden können. Ein weiteres Forschungs-

desiderat ist schließlich die Frage danach, inwieweit sich horizontale Ungleichheiten quasi aufaddieren und so besonders vulnerable Gruppen innerhalb der EM-RentnerInnen entstehen, welche geringe Chancen auf dem Arbeitsmarkt aufweisen (siehe Pieper/Mohammadi 2014; siehe auch Kobelt et al. 2013). Bestehende Studien zeigen zum Beispiel, dass Versicherte mit psychischen Erkrankungen oder ältere ArbeitnehmerInnen Vorurteilen und Nachteilen bei der Arbeitsmarktintegration ausgesetzt sind (siehe Brauer/Clemens 2010; Kardorff 2011). Nicht erforscht ist aber, wie sich diese Ungleichheiten zueinander verhalten. Naheliegender wäre etwa, dass sich die Ungleichheitsfaktoren wechselseitig verstärken, ebenso könnten sie sich aber auch „überschreiben“. Eine eher in den Bereich der ökonomischen Arbeiten fallende, weitere Anschlussmöglichkeit ist die Beschäftigung mit der Flexibilisierung von Arbeit und die Entgrenzung von (Normal)Beschäftigungsverhältnissen der Soziologie der Arbeit (siehe Minssen 2012: 49ff.). So ließe sich die viel diskutierte Frage adressieren, ob teilweise EM-RentnerInnen in Zukunft eine erhöhte Chance haben einen Teilzeitarbeitsplatz zu erhalten. Die prognostizierte Zunahme von Beschäftigungsverhältnissen, die weniger in geregelten Mustern stattfindet und von ArbeitnehmerInnen immer größere Flexibilität erfordert (siehe Knuth 2014; siehe auch Abschnitt 5.4), könnte dazu führen, dass diese Arbeitsplätze für gesundheitlich beeinträchtigte ArbeitnehmerInnen unattraktiv werden. Dies steht der weitverbreiteten Ansicht entgegen, dass die gute Konjunktur des Teilzeitarbeitsmarktes zu höheren Arbeitsmarktchancen von EM-RentnerInnen führen müsste. Die Expertise der Arbeitssoziologie könnte hier helfen zukunftsfeste Modelle für die Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen zu entwickeln, etwa indem aktuelle, gesundheitsrelevante Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt bei Return to Work-Prozessen berücksichtigt werden (siehe Ohlbrecht 2018). Beispielsweise könnten Branchen bzw. Teilzeitarbeitsplätze, in denen die spezifischen Bedarfe von gesundheitlich beeinträchtigten ArbeitnehmerInnen beachtet werden können, empirisch identifiziert werden. Kriterien für die Operationalisierung solcher Vorhaben wären unter anderem die Möglichkeit, Arbeitszeit selbstbestimmt einzuteilen oder flexibel mit Leistungsfluktuationen umzugehen (siehe Zschucke et al. 2017). Anschließend könnten Umschulungen in der beruflichen Rehabilitation sich gezielt auf diese Branchen ausrichten.

Neben den oben ausgeführten, vor allem theoretisch und methodologisch-methodischen Kompetenzen der Soziologie, welche für die Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen fruchtbar sind, könnten durchaus auch SoziologInnen in *interdisziplinären, rehabilitativen Behandlungsteams* ihre spezifischen Fachkompetenzen einbringen. Reiche (2008) sieht beispielsweise eine zunehmende Herausforderung der Rehabilitationsdienstleister darin, ihre Strukturen, Konzepte und Ergebnisse wissenschaftlich aufzubereiten und zu kommunizieren. Hier nennt er zahlreiche Anknüpfungspunkte für SoziologInnen in den Bereichen der Evaluation, der Entwicklung von Studien bzw. Forschungsdesigns, der Durchführung von Forschungsprojekten, der langfristigen Planung und Konzeptentwicklung, ebenso wie die Kommunikation der Ergebnisse in interdisziplinären Kontexten sowie im Bereich des Qualitätsmanagements.“ (Reiche 2008: 157)

5. Querschnittsthemen

Die Identifikation und Darstellung von Querschnittsthemen dient dem Zweck, die aktuelle wissenschaftliche Beschäftigung mit EM-Renten über die Systematisierung der disziplinären Perspektiven hinaus aufzuarbeiten sowie aktuelle Debatten und Schwerpunkte zu erfassen. Zusammengetragen werden Themen, welche die einzelnen Disziplinen *quer zu ihren jeweiligen disziplinären Grenzen* als relevante Gegenstände aufgreifen. Ausgewählt wurden vorwiegend solche Themen, die in den verschiedenen Disziplinen unterschiedlich rezipiert oder kontrovers interpretiert werden und/oder sich mit arbeitsmarktbezogenen Fragen des EM-Rentengeschehens beschäftigen. Auf diese Weise lassen sich mögliche interdisziplinäre Synergien erfassen, aber auch umstrittene Positionen bei den aktuell diskutierten Themen des EM-Rentengeschehens mit einbeziehen. Die Formulierung von Querschnittsthemen dient weiterhin dazu *Forschungslücken und -bedarfe* herauszuarbeiten. Neben dem Aufzeigen von interdisziplinären Zugängen zu den einzelnen Querschnittsthemen werden an dieser Stelle auch solche Gegenstände aufgeführt, die zwar hauptsächlich nur aus einer disziplinären Perspektive aufgegriffen werden, dort aber nicht im Mittelpunkt stehen, sondern jeweils nur randständig behandelt oder im Kontext anderer Forschungsinteressen benannt werden. Auf diese Weise können auch Themen erfasst werden, welche in den oben dargestellten Forschungssträngen noch nicht als eigenständiger Gegenstand benannt und daher nicht explizit in der Aufarbeitung der disziplinären Wissensbestände berücksichtigt wurden, aber dennoch relevant sind und bei der umfänglichen Darstellung des Forschungsstandes einbezogen werden müssen.

Im Folgenden werden die sieben Querschnittsthemen *Risikogruppen* (5.1), *sozioökonomische Situation von ErwerbsminderungsrentnerInnen und Altersarmut* (5.2), *soziale Ungleichheit und Verteilungsgerechtigkeit* (5.3), *Berentung wegen verschlossenem Arbeitsmarkt und Hindernisse bei der Arbeitsmarkt(re)integration* (5.4), *(zukünftige) Herausforderungen und Reformmöglichkeiten* (5.5), *gutachterliche Leistungsbeurteilung bei Erwerbsminderungsrentenanträgen* (5.6) sowie *internationaler Vergleich* (5.7) dargestellt. Dabei hat die Zusammenstellung das primäre Ziel, vorhandene und potentielle Querverbindungen in den Wissensbeständen der disziplinären Forschungsbestände zu skizzieren. Daher wird, falls inhaltlich notwendig, für eine detaillierte Darstellung der einzelnen Ergebnisse auf die Aufarbeitung des Forschungsstandes in den Abschnitten 2, 3 und 4 verwiesen.

5.1 Risikogruppen

In allen Forschungssträngen der EM-Rentenforschung findet sich die Beschäftigung mit aktuell und/oder zukünftig besonders von *Erwerbsminderung(sberentung) bedrohten Risikogruppen*. In der angewandten Rehabilitationsforschung sind hierzu vor allem Aussagen zu Entwicklungstendenzen des EM-Rentengeschehens im Kontext der Ursachen- und Präventionsforschung (siehe Abschnitt 2.1) sowie Bedarfsanalysen einzelner, als besonders relevant erkannter, Diagnosegruppen zu finden. Dagegen greifen sozialpolitische, -rechtliche

und ökonomische Studien diese Ergebnisse gezielt auf und beziehen sie auf den gesamtgesellschaftlichen Kontext bzw. leiten aus ihnen sozialpolitischen Handlungs- und Reformbedarf ab.

Im Forschungsstand immer wieder diskutiert werden die Auswirkungen der derzeitigen Entwicklungen der Arbeitsbedingungen bezüglich der Entstehung von Risikogruppen. Konsens ist, dass der *Wandel des Arbeitsmarktes auch zu einer Verschiebung des EM-Rentengeschehens* führt. Während vormals größtenteils stark manuelle Arbeiten eine Frühberentung nach sich zogen, sind heute besonders Versicherte in einfachen Dienstleistungsberufen und sozialen Berufen, wie der Pflege, Risikogruppen (siehe Harling et al. 2010; Mika 2013; Schröder 2016). Da EM-Berentung auch ein „Ausweg aus Arbeitslosigkeit oder prekärer, unsicherer und wenig sinnstiftender (z. B. monotoner) Beschäftigung“ (Zschucke et al. 2017: 3) sein kann, gelten von diesen arbeitsmarktbezogenen Bedingungen betroffene Personen ebenfalls als Risikogruppe. Im Allgemeinen sind Versicherte, die größeren Belastungen im Arbeitsleben ausgesetzt sind, in der Spätphase ihrer Erwerbsbiographie von Erwerbsunfähigkeit gefährdet (siehe Brussig 2012). Besonders ältere Arbeitnehmer im sechsten Lebensjahrzehnt sind wegen chronischen Erkrankungen vermehrt von Erwerbsunfähigkeit betroffen. Indikatoren für das EM-Berentungsrisiko älterer ArbeitnehmerInnen sind: drei monatige Arbeitslosigkeit vor der Rehabilitation, Arbeitslosigkeit bei Rehabilitationsantrag sowie die sozialmedizinische Einschätzung eines eingeschränkten Leistungsvermögens bei der letzten Tätigkeit (siehe Bethge 2017a). Nach Bethge (2017a) verdoppelt sich das Erwerbsminderungsrisiko bei dem Vorliegen eines dieser Merkmale und verfünffacht sich bei mehreren. Versicherte männlichen Geschlechts, besonders ostdeutsche Männer im fünften Lebensjahrzehnt mit geringer Qualifikation, gelten ebenfalls als einem erhöhten Risiko ausgesetzt eine EM-Rente zu erhalten (siehe Hagen/Himmelreicher 2014; Zschucke et al. 2017). Außerdem sind Personen, bei denen die berufliche Leistungsfähigkeit nicht nur vorübergehend, sondern chronisch eingeschränkt ist, häufiger einer dauerhaften Erwerbsminderung bzw. scheiternder Wiedereingliederung ausgesetzt (siehe Bethge 2017a: 428). Ein bedarfsgerechter Zugang zu Rehabilitationsleistungen wird als zentraler Baustein bei der Vermeidung von Erwerbsunfähigkeit älterer ArbeitnehmerInnen benannt bzw. gilt als Mittel der Wahl, um ältere Menschen länger in Beschäftigungsverhältnissen zu halten.

Neben dieser eher allgemeinen Beschreibung von Risikogruppen, sticht im Forschungsstand die umfangreiche Beschäftigung mit *psychischen Erkrankungen als EM-Rentengrund* hervor. Psychische Erkrankungen finden nicht nur deswegen besondere Beachtung, da sie langjährig den häufigsten EM-Berentungsgrund darstellen (siehe BPtK 2013; Deutsche Rentenversicherung 2014; Jäckel 2014; Mushoff 2018), sondern betroffene Versicherte gelten auch als besonders schwer zu rehabilitieren. Zusätzlich zu der zunehmenden Prävalenz von psychischen Erkrankungen ist die Krankheitsdauer doppelt so lang als bei anderen Diagnosegruppen (siehe Herget et al. 2017; Mernyi et al. 2018; Schwarz 2018). Außerdem sind psychisch (schwer) erkrankte Personen davon bedroht dauerhaft den Anschluss an den ersten Arbeitsmarkt zu verlieren (siehe Richter et al. 2006; Gühne et al. 2015). Ferner treten psychische Erkrankungen oft schon im mittleren Lebensalter auf (siehe Hagen/Himmelreicher 2014: 132) und führen daher zu weniger Anwartschaft, niedrigeren EM-Renten und langfris-

tigen Ausgaben für die Sozialversicherer. Auch die Deutsche Rentenversicherung (2014) benennt psychische Erkrankungen in ihrem „Positionspapier zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung“ als wichtige Indikationsgruppe in Hinsicht auf Teilhabe am Arbeitsleben bzw. dem EM-Rentengeschehen. „Psychische Störungen spielen in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung eine wachsende Rolle und verursachen rund ein Viertel der Ausgaben für die medizinische Rehabilitation. Im Unterschied zu anderen Versorgungsbereichen ist die psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation der Rentenversicherung durch ihren besonderen sozialmedizinischen Auftrag, insbesondere der beruflichen Reintegration und der Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben, definiert.“ (Deutsche Rentenversicherung 2014: 14) Roski et al. (2017) führten eine systematische Literaturrecherche von 20 Publikationen (Zeitraum 2001-2014) zum Risiko von psychischen Erkrankungen als Grund für eine EM-Berentung durch. Die AutorInnen weisen in der Ergebnisdarstellung auf die Interaktion von Risikofaktoren hin und stellen über verschiedene Jahrgänge hinweg fest, dass

- innerhalb der psychischen Erkrankungen affektive Störungen der häufigste Berentungsgrund sind,
- auf Grund von psychischen Erkrankungen berentete Versicherte jünger sind als solche, die aufgrund somatischer Erkrankungen berentet werden,
- von Schizophrenie Betroffene besonders schnell berentet werden und die Reha-Inanspruchnahme vor der Berentung bei nur circa 50% liegt und
- Frauen häufiger als Männer wegen psychischen Erkrankungen berentet werden.

Einen Trend zur Zunahme von EM-Berentungen bei Frauen wegen psychischen Erkrankungen sahen schon Schian et al. (2004: 28-29), den sie mit der Mehrfachbelastung von Beruf, Haushalt und Kindererziehung in Zusammenhang bringen. Dieser Trend scheint sich zu verstetigen, wobei psychische Erkrankungen vor allem bei westdeutschen Frauen zunehmen (siehe Hagen/Himmelreicher 2014). Als weitere Risikogruppe für psychische Erkrankungen sind Menschen mit Migrationshintergrund zu benennen, bei ihnen sind psychische Erkrankungen häufiger Ursache für eine EM-Rente als bei deutschstämmigen Versicherten (siehe Kobelt et al. 2011; Göbber 2015). Innerhalb der Diagnosegruppen der psychischen Erkrankungen stellen Hesse und Walden (2014) fest, dass bei Anträgen auf Rehabilitation und EM-Berentung vor allem affektive Störungen, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen sowie Suchterkrankungen vorzufinden sind. Holstiege et al. (2015) stellen heraus, dass Versicherte mit rezidivierenden depressiven Störungen nach psychosomatischen rehabilitativen Maßnahmen im langfristigen Verlauf, im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen, das höchste Risiko einer EM-Berentung aufweisen. Da die prognostizierten Veränderungen der Arbeitswelt (Digitalisierung, Arbeit 4.0), mit ihren höheren Anforderungen an Flexibilisierung, Belastbarkeit und Arbeitsverdichtung, eine weitere Zunahme von arbeitsassoziierten psychischen Erkrankungen vermuten lassen (siehe Schütte/Köper 2013; Ohlbrecht 2018; Mecke 2018; Funsch/Poerting 2018), ist davon auszugehen, dass das Risiko psychischer Erkrankungen auch zukünftig in der EM-Rentenforschung eine prominente Rolle einnehmen wird.

Eine *kritische Perspektive* auf die derzeitige Diskussion um das Ansteigen psychischer Erkrankungen als Ursache für EM-Renten nimmt Zielke (2014, siehe auch Zielke 2013) ein. Zwar bestätigt der Autor, dass es in den letzten Jahren zu einem deutlichen Anstieg von EM-Renten auf Grund von psychischen Erkrankungen kam (im Zeitraum zwischen 2000 bis 2012 nahm die EM-Berentung wegen psychischer Erkrankungen bei Männern von 19,6 auf 35,9 % und bei Frauen von 31,5 auf 46,5% zu), allerdings ist dies, so der Autor, vor allem ein Effekt der soziodemographischen Entwicklung. Zusätzlich gingen im Beobachtungszeitraum Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Krebserkrankungen, die zu EM-Renten führten, zurück (siehe auch Krause et al. 2013; Zschucke et al. 2017). Durch diese Entwicklung erscheint der Anstieg der relativen Häufigkeit der psychischen Erkrankungen dramatisch. Nach Zielke beträgt das mittlere EM-Rentenzugangsalter auf Grund psychischer Erkrankungen 48 bis 50 Jahre. Wegen der derzeitigen demographischen Entwicklung kommt der geburtenstarke Jahrgang der „Babyboomer“ nun in dieses Alter. Demnach erklärt sich der Anstieg von psychischen Erkrankungen bei den EM-Renten vor allem dadurch, dass sich eine große Bevölkerungsgruppe in einem Alter mit hohem Risiko für eine psychische Erkrankung befindet. Der Autor setzt in einer Häufigkeitsanalyse die EM-Berentung wegen Depression (ICD10: F3) in den Altersjahrgängen zwischen 48 und 52 Jahren der Rentenstatistik in Relation zu den demographischen Entwicklungen. So zeigt er auf, dass der Anstieg von Depressionen als EM-Rentengrund fast deckungsgleich mit dem Anstieg der nun mehr 50 bis 54-jährigen Erwerbstätigen ist. „Da die geburtenstarken Jahrgänge nunmehr in Risikofenster für EWMR infolge psychischer Erkrankungen gelangen, ist dieser Zuwachs nahezu ausschließlich der demographischen Entwicklung geschuldet. Wenn man die weiteren Verläufe der Risikoaltersgruppen verfolgt, ist zu erwarten, dass mit einem weiteren Anstieg der EWMR infolge psychischer Erkrankungen gerechnet werden muss – als demographische Nachwirkungen aus den 1960er Jahren.“ (Zielke 2014: 326-327) Der Autor kritisiert, dass sich politische Interessenvertreter, Psychotherapieverbände und Sozialversicherungsträger mit einer „Augenscheinplausibilität“ bei den Gründen für den Anstieg der psychiatrischen Erkrankungen bei EM-Renten zufriedengeben bzw. Aussagen ohne Datengrundlage zugestimmt wird. Ebenfalls problematisiert er die Verfolgung partieller Interessen von „stake holdern“, die von der gegenwärtigen Diskussion um das Ansteigen psychischer Erkrankungen profitieren.

5.2 Sozioökonomische Situation von EM-RentnerInnen und Altersarmut

Prekäre Lebenslagen in Folge von EM-Berentung ist eines der prominentesten aktuellen Themen, das quer durch die disziplinären Perspektiven verläuft. Kritisiert und analysiert werden die Höhe des EM-Rentenniveaus, aktuell diskutierte Leistungsverbesserungen sowie die langfristigen Folgen eines EM-Rentenbezugs auf die Altersrenten (siehe Nakielski 2009; Köhler-Rama et al. 2010; Ehrentraut/Moog 2014; Kemptner 2014; Martin/Zollmann 2013). Da *prekäre materielle Situationen von EM-RentnerInnen* seit längerem sowohl den politischen Entscheidungsträgern als auch den Sozialversicherern bekannt sind, wurden bereits einige Maßnahmen zur Besserstellung vorgenommen. Die Bewertung dieser Maßnahmen und de-

ren Auswirkungen auf die Alterssicherung sind ebenfalls Gegenstand des Forschungsstandes (siehe Martin et al. 2014, Bäcker 2014; Buschmann-Steinhage 2015; Kress-del Bondio 2018).

Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung der Studie „Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung“ ergeben, dass die durchschnittliche Höhe der EM-Rente zur Zeit der Datenerhebung monatlich 661 Euro betrug (siehe Martin et al. 2012) (die deutsche Rentenversicherung (2018) berichtet von einem durchschnittlichen EM-Rentenzahlbetrag von 772 Euro im Jahr 2017). Nur ein Zehntel der Befragten bezogen neben der EM-Rente noch Betriebsrenten oder Zusatzversorgungen des öffentlichen Dienstes. Circa 13% der EM-RentnerInnen gaben Einkünfte aus Erwerbstätigkeit, Selbstständigkeit oder Nebentätigkeit an. Knapp 60% der Befragten konnten neben der EM-Rente noch auf Einkünfte von Haushaltsmitgliedern zugreifen. Circa 25% der Haushalte der Befragten mussten, zusätzlich zur EM-Rente, grundsichernde Leistungen in Anspruch nehmen. Die AutorInnen stellen fest, dass insgesamt *37% aller Befragten von Armut gefährdet und 21% bereits von Armut betroffen* waren. Seit der Jahrtausendwende stellte Martin (2017) ein Sinken der Rentenbeträge für erwerbsgeminderte Versicherte auf circa 600 Euro fest. „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.“ (Hagen/Himmelreicher 2014: 117, siehe auch Kaldybajewa/Kruse 2012). Martin und Zollmann (2013) zeigen auf, dass vor allem männliche EM-Rentner in den neuen Bundesländern, alleinlebende Personen oder solche, die mit männlichen erwerbsgeminderten Personen ohne Schulabschluss und deutscher Staatsbürgerschaft zusammenleben, von Armut gefährdet sind (siehe Abschnitt 5.4). Martin (2017) bezieht in die Untersuchung der materiellen Lage von EM-RentnerInnen deren Lebensform mit ein und stellt insgesamt fest, dass es sich bei Haushalten von erwerbsgeminderten Personen um eine sozial vulnerable Gruppe handelt und die Betroffenen über wesentlich weniger Einkünfte verfügen als die Durchschnittsbevölkerung. Die BERATER-Studie (siehe ausführlich Abschnitt 2.3) weist im Rahmen der von ihr erhobenen Daten ebenfalls eine erhöhte Armutsgefährdung bei EM-RentnerInnen nach, demnach sind 28% der untersuchten Personen armutsgefährdet, was doppelt so viele wie in der Gesamtbevölkerung sind (siehe Zschucke et al. 2016).

Aus sozialrechtlicher Sicht bzw. Perspektive der *sozialen Gerechtigkeit* ist nach Welti und Groskreutz (2013) Armut in Folge von Erwerbsminderung und die geringe Höhe der EM-Renten problematisch, da bisher unzureichend definiert ist, was das eigentliche *Sicherungsziel der EM-Rente* ist (siehe auch Schnabel 2015). Wenn dies eine Sicherung des Lebensstandards in Proportion zum ehemaligen Erwerbseinkommen ist bzw. sein soll, müsste das Rentenniveau, wie bei der Arbeitslosenversicherung, bei 67% liegen. Wenn jedoch niedrige EM-Renten, ähnlich den Altersrenten, durch private Absicherungen kompensiert werden sollen, müssen dementsprechende staatlich geförderte Angebote (zum Beispiel „EM-Riester“) geschaffen werden (siehe Münstermann 2014). Ein Abschlag im Zugangsfaktor wie bei der

Altersrente ist problematisch, da ein Zugang zur EM-Rente nicht „freiwillig“ erfolgt. Problematisch ist auch, dass einer EM-Rente oft Jahre mit niedrigem Einkommen vorausgehen. Eine sozialetisch problematische Benachteiligung lässt sich auch bei verheirateten oder in Partnerschaft lebenden Erwerbsgeminderten feststellen, da hier das Einkommen der Partner Anrechnung auf die Grundsicherung findet. Eine Lösung könnte nach Welti und Groskreutz (2013) ein „Günstigkeitsvergleich“ sein, dessen Referenz ein möglichst unbeeinträchtigtes Erwerbseinkommen sein sollte. Darüber hinaus bedürfe es einer einheitlichen Regelung des EM-Rentenniveaus zum Abstand gegenüber der Grundsicherung. Auch sind Schlechterstellungen von zeitlich befristeten EM-RentnerInnen bei Zuverdienstregelungen gegenüber dauerhaften EM-Renten zu beenden.

Sozialrechtlich und -politisch ebenfalls relevant ist, inwieweit Abschläge auf *EM-Renten als „systemfremd“* einzustufen sind. Denn Abschläge sind konzipiert, um das Rentenzugangsverhalten bei Altersrenten zu steuern, bei EM-Renten liegt aber eine Steuerfähigkeit der erwerbsgeminderten Personen nur bedingt vor (siehe Bäcker 2014). Es stellt sich die generelle Frage, ob die sozialrechtliche Aufgabe der Rentenversicherung bei Erwerbsminderung für eine ausreichende Leistung zu sorgen, gegenüber der Zahlung von Altersrenten zu wenig beachtet oder marginalisiert wird. Dem entgegen steht die Ansicht, dass ein Abschaffen der Abschläge zu einer Verlagerung von vorgezogenen Altersrenten in die EM-Rente sowie zu negativen Anreizen bezüglich des möglichst langen Verbleibs im Erwerbsleben führen könnte (siehe Schnabel 2015).

Der im Forschungsstand konstatierte Reformbedarf bezieht sich zum einen darauf, dass der Bezug von EM-Renten eine akute, *kritische materielle Lage und geringe soziale Teilhabe* zur Folge haben kann, zum anderen wird aber auch die drohende Fortsetzung dieser Lage beim Übergang in die Altersrente thematisiert (siehe auch Abschnitt 5.5). Dass der Bezug einer EM-Rente zu einer deutlichen (Alters)Armutgefährdung führt, ist im Forschungsstand disziplin- und themenübergreifend Konsens (siehe Krause et al. 2013; Hagen/Rothgang 2014; Kemptner 2014; Ehrentraut/Moog 2017; Martin 2017). EM-RentnerInnen müssen im Vergleich zu AltersrentnerInnen häufig aufstockende Leistungen beantragen. Da niedrige EM-Renten beim Erreichen der Altersgrenze in oft fast genauso geringe Altersrenten umgewandelt werden, besteht für diese Gruppe die erhöhte Gefahr der Altersarmut (siehe Bäcker 2014). Die Ursache hierfür wird in den Renten- und Arbeitsmarktreformen der 2000er Jahre gesehen. So beschäftigen sich beispielsweise Mika et al. (2014) mit den Auswirkungen der ALG II-Reformen auf die Versicherungsbiographien von EM-RentnerInnen. Die AutorInnen zeigen, dass EM-Renten häufig auf ALG II-Bezug folgen. Dabei ist auffallend, dass in Westdeutschland die Versicherungsbiographien oft lückenhaft sind und in der Folge von Langzeitarbeitslosigkeit und geringer Anwartschaften in niedrigen Renten resultieren. Geringe Ausgleichszahlungen an die Sozialversicherer in Zeiten der Langzeitarbeitslosigkeit tragen zusätzlich zu einem erhöhten Altersarmutsrisiko bei. Demnach ist die Absicherung von Langzeitarbeitslosen durch die Reform des Arbeitslosengeldes prinzipiell verschlechtert worden und führt zu einer mangelnden Absicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

Besonders in sozialrechtlichen und -politischen Studien werden EM-RentnerInnen als besonders von Altersarmut gefährdete Versichertengruppe benannt. Ursächlich wird hierfür unter anderem die *Anhebung der Regelaltersgrenze* genannt. „Im Zuge der Anhebung der Regelaltersgrenze vergrößert sich vielmehr die Spanne zwischen dem Ende der Zurechnungszeit (60 Jahre) und der Regelaltersgrenze (67 Jahre im letzten Anhebungsschritt) auf sieben Jahre. Im Vergleich zu den Altersrenten (bei einem Renteneintritt ohne Abschläge) fallen dadurch die EM-Renten zunehmend niedriger aus. Und die Absenkung des Rentenniveaus wird vor allem die Erwerbsminderungsrentner treffen.“ (Bäcker 2013b: 578; siehe auch Bieback 2013) Ursächlich für das hohe Altersarmutsrisiko von EM-RentnerInnen bzw. dem „Sinkflug bei EM-Renten“, so Sternberger-Frey (2014), sind neben den oben genannten Ursachen die Abschläge auf die Altersrente, in die eine EM-Rente beim Erreichen der Altersrenteneintrittsgrenze umgewandelt wird. Wird eine EM-Rente vor Vollendung des 63sten Lebensjahres bezogen, wird für jeden Monat ein dauerhafter Rentenabschlag von 0,3% berechnet, der maximal 10,8% beträgt (siehe Kemptner 2014). Zusätzlich zu der Argumentation, dass eine Verbesserung der materiellen Lage von EM-RentnerInnen gleichzeitig auch eine Maßnahme gegen Altersarmut darstellt, schlagen Bogedan und Rasner (2008) die mögliche Einführung einer Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung vor. Dies wäre ein Instrument für die Bekämpfung von sogenannter „verschämter Altersarmut“, also gedacht für Personen, deren Alters- und Rentenbezüge nicht ausreichen, sich aber aus sozialen Gründen scheuen fürsorgische Leistungen in Anspruch zu nehmen.

5.3 Soziale Ungleichheit und Verteilungsgerechtigkeit

Eng verknüpft mit der Untersuchung der ökonomischen Lebenssituation von EM-RentnerInnen, aber dennoch ein eigenständiger Themenbereich, ist die Beschäftigung mit *sozialer Ungleichheit im Kontext von Erwerbsminderung*. Dabei steht, quer durch alle beteiligten Disziplinen, die Identifikation von besonders von dem Lebensrisiko Erwerbsminderung bedrohten sozialen Gruppen (siehe Abschnitt 5.1) im Vordergrund. Häufig zu finden sind auch rehabilitationswissenschaftliche Arbeiten, welche die Auswirkungen sozialer Ungleichheiten beim Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen oder bei den EM-Rentenneuzugängen analysieren. Anders als in der stark praxisorientierten Rehabilitationsforschung wird hingegen in sozialwissenschaftlich orientierten Studien eher nach *sozialen Ursachen und Mechanismen von Ungleichheiten* gefragt, welche zu EM-Berentung führen können und/oder Return to Work-Prozesse beeinflussen. Teil des Forschungsstandes sind aber auch ökonomische und sozialrechtliche Arbeiten, die sich auf einem höheren Abstraktionsniveau mit Verteilungsgerechtigkeit im Kontext von EM-Renten auseinandersetzen. Dieser Strang der Forschung beinhaltet auch die – über konkrete Fragen zur EM-Rente hinausgehende – sozialrechtliche Diskussion um die wohlfahrtsstaatliche Aufgabe des Nachteilsausgleichs (sozialer Teilhabe) von gesundheitlich beeinträchtigten Personen durch sozialstaatliche Institutionen und die Verortung des derzeitigen EM-Rentengeschehens in der geschichtlichen Entwicklung der sozialstaatlichen Sicherungssysteme.

Wie in Abschnitt 4 ausgeführt, besteht bisher nur eine implizite sowie unvollständige Rezeption des Forschungsstandes der Gesundheitssoziologie und der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung in der EM-Rentenforschung. Auch wenn bekannt ist, dass die vertikalen Ungleichheitsdimensionen Einkommen, Beruf und Bildung eindeutigen Einfluss auf die Gesundheit von ArbeitnehmerInnen haben und Gesundheitsverhalten schichtspezifisch ist, sind diese Erkenntnisse nur in geringem Umfang auf das EM-Rentengeschehen bezogen. Trotzdem kann als geteilter Wissensbestand im Forschungsstand angesehen werden, dass ein *Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Krankheitsrisiken*, bzw. dem Risiko einer Erwerbsminderung ausgesetzt zu sein, besteht (siehe Hadril 2009; siehe ausführlich Abschnitt 4.1). Die in Abbildung 6 dargestellten sozialen Dynamiken bilden somit eine Grundlage bei der Beschäftigung mit gesundheitlicher Ungleichheit im Forschungsstand der EM-Rentenforschung, auch wenn die Bezüge zu der sozialtheoretischen Konzeption unterschiedlich stark ausgeprägt oder nicht thematisiert werden.

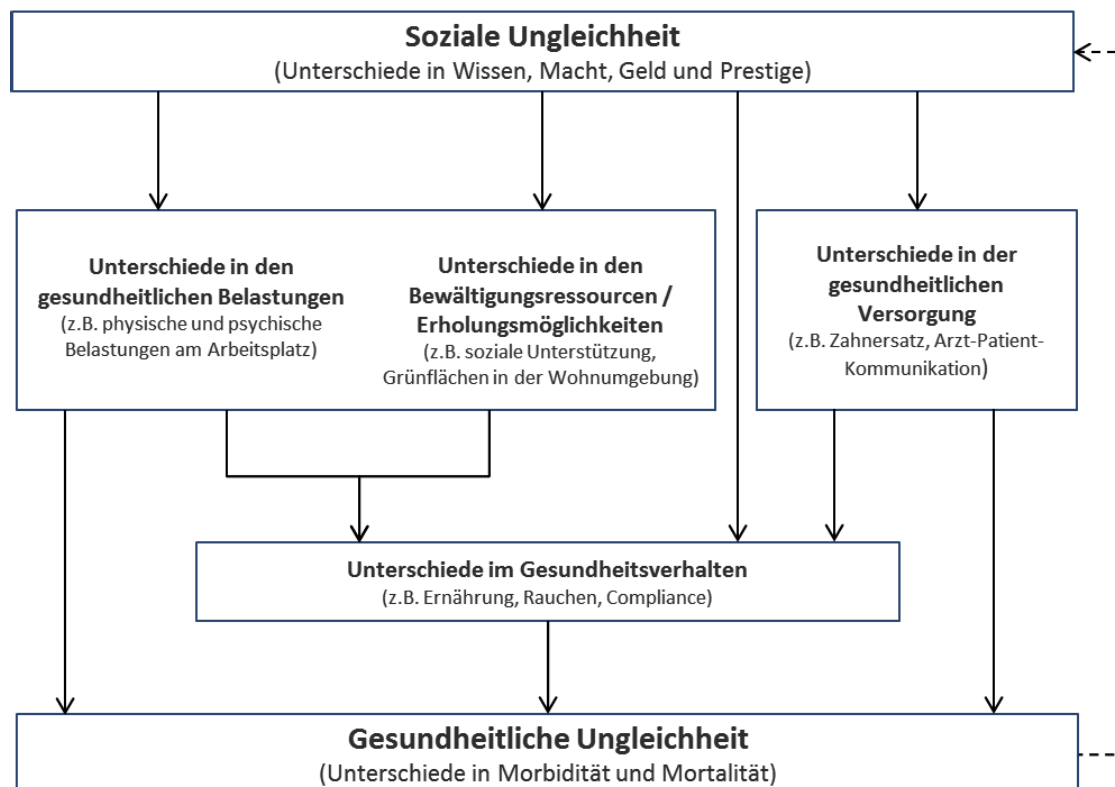


Abb. 6: Bedingungsfaktoren gesundheitlicher Ungleichheit (aus: Lampert 2016: 128).

Soziale Ungleichheiten spielen vor allem bei der Analyse der EM-Berentungsgründe und dem Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen eine Rolle (siehe auch Mittag 2018). So ermitteln Weyermann und Neukirch (2016), dass EM-RentnerInnen mit dem Berentungsgrund „unspezifische Rückenschmerzen“ und niedrigem sozialen Status (niedriges Einkommen, geringes Bildungsniveau, Migrationshintergrund) einem höheren Risiko ausgesetzt sind, fünf Jahre vor ihrer EM-Berentung keine medizinischen Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen zu haben. Auf ähnliche Ergebnisse kommen auch Herget et al. (2016) bei der Analyse der Inanspruchnahme von psychosomatischen Rehabilitationsleistungen von EM-RentnerInnen mit dem Berentungsgrund psychische Erkrankung. Feststellen lässt sich, dass

eine frühzeitige EM-Rente ohne vorhergehende Rehabilitation vor allem Versicherte mit geringem Beschäftigungsentgelt, höherem Alter, niedrigem oder mittlerem Bildungsniveau betrifft und damit abhängig von sozioökonomischen und demographischen Faktoren ist. Gesundheitliche Ungleichheit spielt bei EM-Renten auch deswegen eine Rolle, weil von EM-Berentungen besonders Berufsgruppen betroffen sind, die eine geringe Entlohnung, langanhaltende Probleme auf dem Arbeitsmarkt und damit zusammenhängende Arbeitslosigkeit aufweisen (siehe Mika 2013; siehe auch Abschnitt 4.1). Daher sind ArbeitnehmerInnen aus diesen Berufsgruppen in Hinsicht auf eine drohende EM-Berentung sozusagen doppelt bedroht: Sie sind besonders häufig von gesundheitsbedingter Erwerbsunfähigkeit betroffen und verfügen im Falle der EM-Berentung nur über niedrige Entgeldpunkte, müssen Altersrentenabschläge in Kauf nehmen und sind daher besonders von Armut bedroht. Die sozial *ungleiche Verteilung von Armutsrisiken bei EM-Berentung* setzt sich demnach bei der Umwandlung der EM-Berentung in eine Altersrente fort (siehe Bäcker 2013a, 2013b; Keck 2015). Personen mit geringerem Einkommen sind darüber hinaus auch in der privaten Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsversicherung deutlich schlechter gestellt. Die Tarife sind für diese Versichertengruppe aus dem meist ohnehin niedrigen Einkommen nicht zu bezahlen, zusätzlich sind sie für Risikogruppen deutlich erhöht. „Zu den Risikogruppen gehören insbesondere Geringqualifizierte in hoch belastenden Berufen sowie Menschen mit schlechtem Gesundheitszustand und Vorerkrankungen, die ein hohes Risiko für den Eintritt in eine EM aufweisen. Antragsteller mit Vorerkrankungen haben ohnehin kaum eine Chance, den gewünschten Schutz zu bekommen.“ (Sternberger-Frey 2014: 119) Auch kurze Vertragslaufzeiten, die oft vor dem statistisch signifikanten Anstieg des Erwerbsminderungsrisikos enden, setzen Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status einer erhöhten Armutsgefährdung aus. „Sozialpolitisch und aus Verbrauchersicht ist diese Tarifgestaltung als Skandal einzustufen.“ (Sternberger-Frey 2014: 123, siehe auch Kress-del Bondio 2018) Martin (2017) zeigt, dass auch innerhalb der – an sich schon von Ungleichheit betroffenen Gruppe der EM-RentnerInnen – noch eine Schichtung hinsichtlich der Lebensformen der erwerbsgeminderten Personen vorzufinden ist. So sind etwa vor allem alleinstehende und alleinerziehende Personen besonders von kritischen materiellen Lagen und Armutsgefährdung betroffen.

Neben *vertikalen Ungleichheitsdimensionen* werden auch *horizontale soziale Ungleichheiten* zur Analyse und Erklärung des EM-Rentengeschehens herangezogen. Etwa zeigt Hagen (2014; siehe auch Hagen et al. 2010 und Abschnitt 4.3), dass es starke Geschlechts- und Ost-West-Unterschiede sowie regionale Differenzen bei den EM-Rentenzugängen gibt, welche sowohl auf horizontale als auch vertikale Ungleichheiten zurückzuführen sind. Horizontale Ungleichheiten wirken sich auch auf die gesundheitliche Versorgung aus und sind demnach relevant für die EM-Rentenforschung. So nehmen etwa Menschen mit Migrationshintergrund, trotz höherer Disposition arbeitsbezogener Gesundheitsrisiken, seltener rehabilitative Maßnahmen in Anspruch als Menschen ohne Migrationshintergrund (siehe Langbrandtner et al. 2018). Razum und Brzoska (2017) berichten von schlechteren Ergebnissen bei Rehabilitationsmaßnahmen von Menschen mit Migrationshintergrund, so weisen diese auch nach Reha-Abschluss ein höheres Risiko einer EM-Berentung bzw. schlechtere Wiedereingliederungserfolge auf (siehe Kobelt et al. 2011; Schwarz et al. 2014: 74-75; Brzos-

ka/Razum 2015). Auch Göbber (2015) zeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund auf Grund psychischer Erkrankungen öfter als deutschstämmige Versicherte erwerbsunfähig werden und bei diesen schlechtere Rehabilitationserfolge zu verzeichnen sind (siehe Kobelt et al. 2011). Die Autorin weist allerdings auch daraufhin, dass neben der horizontalen Ungleichheit „ethnische Herkunft“ die vertikale Ungleichheitsdimension „Schichtzugehörigkeit“ eine höhere Vorhersagekraft des Rehabilitationserfolgs entwickelt (siehe auch Kobelt et al. 2010; Kobelt et al. 2013). Daher ist die ethnische Herkunft nicht alleiniger, ausschlaggebender Erklärungsfaktor bei den vermehrten EM-Renten von Personen mit Migrationshintergrund. An dieser Stelle ist auch anzuführen, dass bisher die Addierung von Faktoren horizontaler Ungleichheiten (Mehrfachdiskriminierung), wie sie die Diskriminierungsforschung belegt (siehe Pieper/Mohammadi 2014), im Forschungsstand zu EM-Renten bisher nur selten beachtet wird. Eine Ausnahme bilden Jankowiak et al. (2018b; siehe ausführlich Abschnitt 4.3), die sowohl den soziodemographischen Status (Bildung, Einkommen, Beruf) als auch das Geschlecht, den regionalen Wohnort und die Staatsangehörigkeit mit in die Untersuchung des

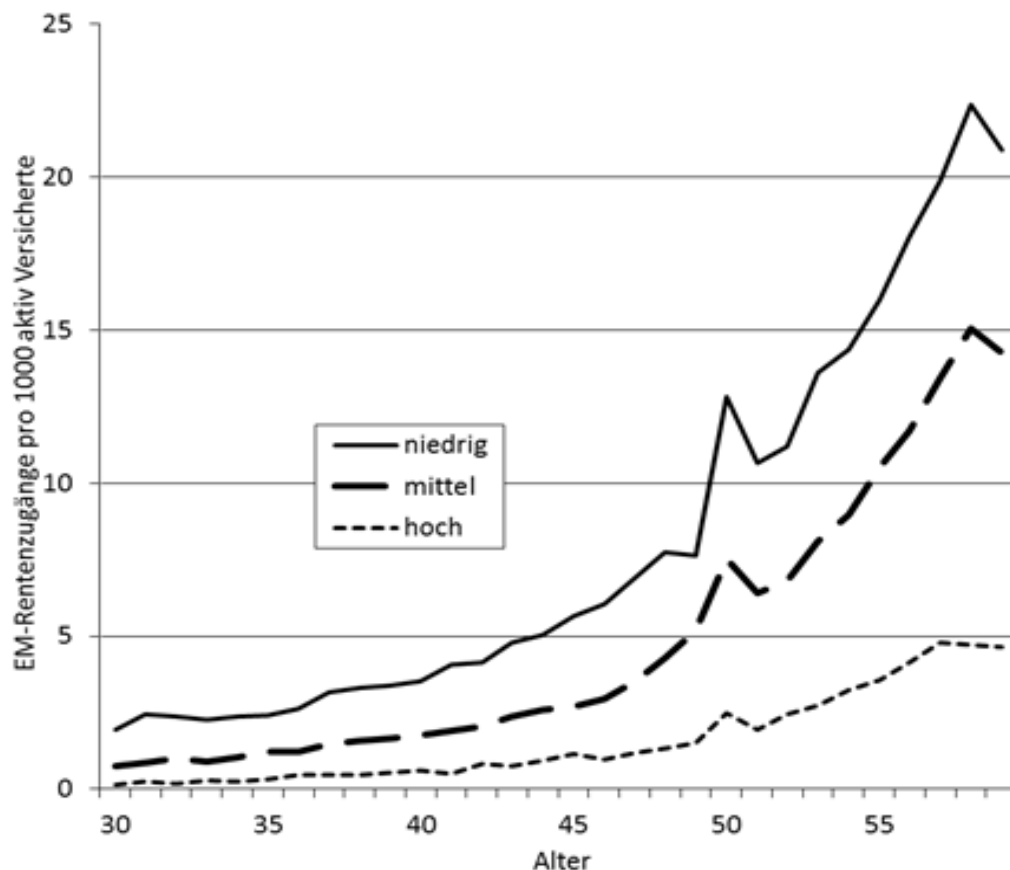


Abb. 7: Risiko einer EM-Berentung nach Bildungsniveau (aus: Kemptner 2014: 2, gering verändert durch Autor).

subjektiv wahrgenommenen Rehabilitationsbedarfs einbeziehen.

Die ungleiche Verteilung des Erwerbsminderungsrisikos und die ökonomischen Auswirkungen eines EM-Rentenbezugs innerhalb der Bevölkerung implizieren *Auseinandersetzungen mit Fragen der sozialen Gerechtigkeit bzw. Verteilungsgerechtigkeit* innerhalb des sozialen

Sicherungssystems (siehe Kersting 2008; Welte/Groskreutz 2013; Bäcker 2013a u. 2013b; Keck 2015; Marckmann 2016). Kemptner (2014) erkennt aus sozialpolitischer Sicht eine „besondere Brisanz“ der EM-Rente, da diese sozial selektiv in Anspruch genommen wird. Einen besonders starken Kausaleffekt zwischen sozialer Lage und Gesundheit könnte, so der Autor, der Bildungsstand aufweisen, wie Abbildung 7 nahelegt, und somit sozialpolitische Maßnahmen erforderlich machen (siehe auch Grossmann 2006; Cutler 2012).

Korsukéwitz und Rehfeld (2008) benennen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und die damit verbundene Chance auf individuelle Nachteilsausgleiche von gesundheitlich beeinträchtigten Personen als ein von der Rentenversicherung zu erbringendes Leistungsspektrum. Damit wird auf den sozialpolitischen Auftrag der Rentenversicherung, zum Nachteilsausgleich sozial vulnerabler Gruppen innerhalb des sozialen Sicherungssystems beizutragen, verwiesen. Mit diesem beschäftigt sich auch Rische (2010; siehe auch Schubert et al. 2006) und zitiert eine Aussage Kaiser Wilhelms I., die 1881 von Otto von Bismarck verlesen wurde, als Beginn seiner grundsätzlichen Auseinandersetzung mit der Absicherung des Erwerbsminderungsrisikos als gesamtgesellschaftlicher Aufgabe: „[...] auch diejenigen, welche durch Alter oder Invalidität erwerbsunfähig werden, haben der Gesamtheit gegenüber einen begründeten Anspruch auf staatliche Fürsorge. Für diese Fürsorge die rechten Mittel und Wege zu finden, ist eine schwierige, aber auch eine der höchsten Aufgaben des Gemeinwesens [...]“ (Kaiserliche Sozialbotschaft 1881/82 zitiert in Rische 2010: 2). Nach Rische (2010) ist diese Aussage weiterhin aktuell und wird heute, neben anderen Bausteinen der Sozialversicherung, vornehmlich von der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. der EM-Rente übernommen. Damit verortet der Autor auch aktuelle Debatten über Zuständigkeit, Höhe und sozialer Gerechtigkeit innerhalb der Tradition der bismarckschen Sozialgesetzgebung und verweist auf die sozialpolitische und gesamtgesellschaftliche Reichweite der Thematik bezüglich der sozialen Teilhabe und der materiellen Absicherung von Erwerbsunfähigkeit als sozialstaatlicher, gesamtgesellschaftlicher Aufgabe.

5.4 Berentung wegen verschlossenem Arbeitsmarkt und Hindernisse bei der Arbeitsmarkt(re)integration

Das prinzipielle Ziel aller am EM-Rentengeschehen beteiligter Akteure, EM-RentnerInnen wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren, schlägt sich im Forschungsstand auch durch eine gemeinsame Beschäftigung der Rehabilitationsforschung sowie rechtswissenschaftlicher und sozialpolitischer Arbeiten mit möglichen *Integrationshindernissen* nieder.

Besonders berücksichtigt wird dabei die Gruppe der Versicherten mit einer teilweisen EM-Rente. Nach derzeitiger Rechtsprechung liegt eine teilweise Erwerbsminderung vor, wenn ein Restleistungsvermögen zwischen täglich drei und sechs Stunden festgestellt wird (siehe SGB VI: § 43). Für diese Gruppe stellen *Teilzeitarbeitsplätze mit flexiblen Arbeitszeiten*, so eine verbreitete Position im Forschungsstand, eine attraktive Möglichkeit dar, um gesundheitsbedingte Leistungsfluktuationen zu kompensieren (siehe Zschucke et al. 2017). Die derzeitige Konjunktur des Arbeitsmarktes – und besonders die Konjunktur des Teilzeitarbeits-

marktes (atypische Beschäftigungsverhältnisse) – schaffen prinzipiell gute Voraussetzungen für die Einstellung von teilweisen erwerbsgeminderten Personen (siehe Statistisches Bundesamt 2017). Trotzdem ist eine zunehmende Beschäftigung von ArbeitnehmerInnen mit gesundheitlichen Einschränkungen bisher nicht festzustellen bzw. bleibt unklar, wie sich die derzeitige Arbeitsmarktlage auf die Arbeitsmarkt(re)integration von teilweisen EM-RentnerInnen auswirkt.

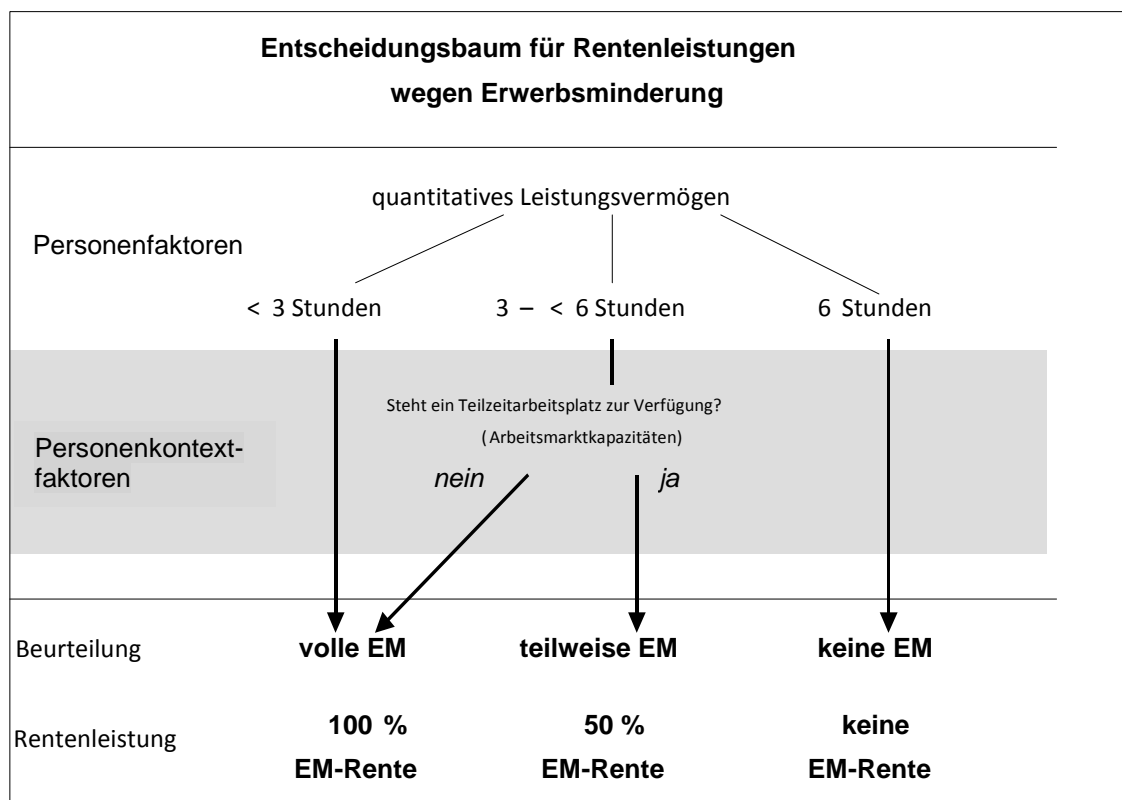


Abb. 8: „Entscheidungsbaum“ für EM-Rentenleistungen (aus: Schian et al. 2004: 7, gering verändert durch Autor).

Im Forschungsstand aufgegriffen wird diese Thematik besonders unter dem Aspekt, dass auch bei einer nur teilweisen Erwerbsminderung eine volle EM-Rente bewilligt werden kann: die sogenannte „Arbeitsmarktrente“. Nach der Novellierung der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente, bzw. deren Überführung in die volle und teilweise EM-Rente 2001, besteht die Möglichkeit Personen mit einer teilweisen EM-Rente bei einem verschlossenen (Teilzeit)Arbeitsmarkt einen vollen EM-Rentenstatus zu gewähren (siehe Schian et al. 2004: 6; Schewe 2017). „Obwohl im Zuge der Reformierung der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zunächst beabsichtigt war, die von der Renten- und Arbeitslosenversicherung zu tragenden Risiken klarer zu trennen und bei der Entscheidung über den Rentenanspruch allein auf das gesundheitliche Leistungsvermögen abzustellen (abstrakte Betrachtungsweise), wurde schließlich aufgrund der ungünstigen Situation auf dem Arbeitsmarkt insbesondere im Teilzeitbereich die sog. konkrete Betrachtungsweise beibehalten. Entscheidend bleibt demnach, ob der Versicherte noch in der Lage ist, einen seiner Leistungsminderung entsprechenden Arbeitsplatz in Teilzeit zu erlangen. Ist der Versicherte bei der Bundesagentur für Arbeit arbeitslos gemeldet oder ist kein Teilzeitarbeitsplatz vorhanden, geht die RV vor

dem Hintergrund der angespannten Lage auf dem Arbeitsmarkt von einem verschlossenen Teilzeitarbeitsmarkt aus.“ (Rische 2010: 3) Ein *verschlossener Arbeitsmarkt* liegt auch dann vor, wenn zwar offene Stellen vorhanden sind, diese aber der erwerbsgeminderten Person offensichtlich nicht zugänglich sind. Dazu zählen Arbeitsplätze, die „nicht an Berufsfremde vergeben zu werden pflegen [und/oder] als Schonarbeitsplätze den Betriebsangehörigen vorbehalten bleiben“ (Schian et al. 2004: 35, siehe Abbildung 8)

Aus sozialrechtlicher Sicht führen diese Arbeitsmarktrenten zu komplexen Fragen des Zusammenspiels zwischen den Akteuren im sozialen Sicherungssystem. Diskutiert wird, ob eine Verlagerung des Arbeitsmarktrisikos auf die Rentenversicherung stattfindet, die Beurteilung der Erwerbsminderung nicht nur anhand gesundheitlicher, sondern auch arbeitsmarktbezogener Kriterien zulässig ist und das Recht auf (Re)Integration von gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitslosen bei der gegenwärtigen Praxis entsprechend gewürdigt wird (siehe Banafsche 2018; siehe auch Freudenberg 2018).

Neben der Frage nach Zielkonflikten im sozialen Sicherungssystem, vorwiegend zwischen der gesetzlichen Rentenversicherung und der Agentur für Arbeit, werden die rechtlichen Regelungen insbesondere in Hinsicht auf mögliche *Hindernisse bei der Arbeitsmarkt(re)integration* diskutiert. Zusätzlich zeigt die Einbeziehung der allgemeinen Lage des Arbeitsmarktes auf, dass das aktuelle EM-Rentengeschehen eindeutig nur in Hinblick auf gesamtgesellschaftliche Entwicklungen (Arbeitsmarktlage, sozialpolitische Zielvorgaben usw.) verstanden werden kann (siehe Schubert et al. 2006). Ohne die Beachtung von derzeitigen Arbeitsmarktanforderungen ist eine realistische Einschätzung des Potentials erwerbsgeminderter Personen auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen nicht möglich: „Die Chancen der konkreten Person, für eine derartige grundsätzlich vorhandene Teilzeittätigkeit auch eingestellt zu werden, bleiben dabei außer Betracht; ebenso der damit eng zusammenhängende Umstand, dass die Teilzeitarbeit in streng geregelten Mustern seltener wird und Arbeitgeber von Teilzeitkräften häufig eine zeitliche Flexibilität nach oben (mit späterem Zeitausgleich) erwarten, was Personen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit überfordern kann.“ (Knuth 2014: 15) Diese Kontextfaktoren müssen demnach auch bei der Schaffung von (beruflichen) Rehabilitationsangeboten berücksichtigt werden. Daher verbindet die Thematik „volle EM-Rente wegen verschlossenem Arbeitsmarkt“ die Herausforderung der Entwicklung von spezifischen Rehabilitationsangeboten für Versicherte mit einer teilweisen EM-Rente mit der sozialrechtlichen Beurteilung von Erwerbsminderung bzw. dem EM-Rentenzugang und der sozialpolitischen Steuerung des (Teilzeit)Arbeitsmarktes.

Insgesamt kann der Forschungsstand zur Berentung wegen verschlossenem Arbeitsmarkt noch keine abschließenden Ergebnisse zu deren Auswirkungen auf die Arbeitsmarkt(re)integration von (teilweisen) EM-RentnerInnen formulieren. Allerdings ist die zunehmende Beschäftigung mit dieser Thematik mit der allgemeinen Frage danach, welche *hemmenden und fördernden Faktoren bei den rechtlichen Regularien und der aktuellen Arbeitsmarktentwicklung für EM-RentnerInnen* zu finden sind, verknüpft (siehe Ohlbrecht et al. 2018). So spricht etwa Bartel (2018b: 140) davon, dass sich der Arbeitsmarkt für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen zwar immer noch „verschließt“, aber sich trotzdem

behinderte oder erkrankte Personen zunehmend als Arbeitskräfte „erschließt“. Obwohl der Grundsatz „Reha vor Rente“ besonders bei EM-RentnerInnen mit teilweise Restleistungsvermögen oder zeitlicher Befristung eine erhöhte Anstrengung der beruflichen Wiedereingliederung impliziert, besteht zu deren spezifischer Situation bei Return to Work-Prozessen bisher ein „blinder Fleck“ im Forschungsstand. Daher bietet es sich an, im Anschluss an die Beschäftigung mit den Auswirkungen von „Arbeitsmarktrenten“, auch noch weitere im Forschungsstand diskutierte Hindernisse der Arbeitsmarkt(re)integration aufzuführen, um thematische Querverbindungen darzustellen.

So weisen etwa Kunze und Benöhr (2013; siehe ausführlich Abschnitt 2.3) im Kontext von Reformbedarf hinsichtlich der Rechtsprechung zum verschlossenen Teilzeitarbeitsmarkt auf zu *starre Hinzuverdienstregelungen bei Teilzeitbeschäftigungen von EM-RentnerInnen* mit Restleistungsvermögen hin (siehe auch Czepek/Weber 2015; Martin 2017). Die bisherigen Regelungen führen dazu, dass sich Versicherte nur schwer motivieren könnten wieder eine Arbeit aufzunehmen und das Risiko eines unklaren Ausgangs gegenüber der „sicheren“ EM-Rente zu hoch sei. Der Bezug einer teilweisen EM-Rente und der Lohn aus einer Teilzeitbeschäftigung unterscheiden sich nicht signifikant von dem Bezug einer vollen EM-Rente oder der Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung, so dass ökonomische Anreize für einen Return to Work fehlen. Da EM-RentnerInnen die Rückkehr ins Erwerbsleben bzw. in den ersten Arbeitsmarkt aus ökonomischen Sorgen ablehnen sowie dem ungewissen und durch Konkurrenz geprägten Wiedereinstieg skeptisch gegenüberstehen oder sogar ganz verweigern, regen Schwarze et al. (2014: 72) an, über eine Gesetzesänderung zu der Weiterbeziehung der Rentenansprüche während des Return to Work nachzudenken. Rische (2010) fordert die *gezielte Schaffung von Teilzeitarbeitsplätzen* für erwerbsgeminderte Versicherte, damit diese ihr noch vorhandenes Leistungsvermögen auf dem Arbeitsmarkt einsetzen können. Dazu wäre eine stärkere Ausnutzung des SGB II für die intensive Betreuung und Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt förderlich, die auch in „geschützten Arbeitsverhältnissen“ stattfinden könnte. Knuth (2014) weist auf unklare Zuständigkeiten zwischen dem Job-Center und der Rentenversicherung bzw. dem ALG II-Bezug hin, die besonders beim Erhalt einer teilweisen EM-Rente für gesundheitlich beeinträchtigte (potentielle) ArbeitnehmerInnen negative Folgen auf die Arbeitsmarkt(re)integration haben kann. Deren undurchsichtige sozialrechtliche Position kann dazu führen, dass diese Personengruppe nicht gemäß dem „Aktivierungsgebot“ bei der Arbeitssuche unterstützt wird oder keine Anreize erhält, oberhalb der Zuverdienstgrenze, erwerbstätig zu sein. Um diesem Problem entgegenzuwirken, werden konkrete, bisher aber nicht vorhandene, Zahlen zu dieser Personengruppe benötigt was folglich als Forschungsdesiderat benannt wird.

Neben den aus der aktuellen Rechtsprechung resultierenden, hemmenden (und fördernden) Faktoren für die Arbeitsmarkt(re)integration findet sich vor allem im rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsstand auch die Berücksichtigung weiterer Faktoren. Schwarze et al. (2014: 55) führen als *hemmende Kontextfaktoren* (Hindernisse) bei der (Re)Integration in das Erwerbsleben an:

- körperliche Über- und Fehlbelastung am Arbeitsplatz,

- Schonverhalten/Passivität des Betroffenen,
- ungesunder Lebensstil,
- Weiterführung des ungesunden Lebensstils trotz Beschwerden,
- psychische Komorbiditäten; sozioökonomische Faktoren (z. B. Alter, Geschlecht)
- und geringe Selbstwirksamkeitserwartung.

Bartel (2018b: 152) weist zudem auf die negativen Auswirkungen fehlender Unterstützung (Engagement) bzw. der fehlenden Bereitschaft auf gesundheitliche Bedürfnisse von ArbeitnehmerInnen einzugehen und sich mit gesundheitlichen Einschränkungen am Arbeitsplatz auseinanderzusetzen seitens der Arbeitgeber hin.

Dagegen sind *förderliche Faktoren* (Ressourcen):

- Unterstützung durch den Vorgesetzten,
- hohe Selbstwirksamkeitserwartungen,
- gute Bewältigungsstrategien,
- Anpassung des Lebensstils an die gesundheitlichen Einschränkungen (z. B. Ernährung, sportliche Aktivitäten, Pausen),
- psychologische Unterstützung,
- Besuch einer Selbsthilfegruppe
- und hohe Arbeitszufriedenheit (siehe Schwarze et al. 2014).

Buschmann-Steinhage und Zollmann (2010) nennen zusätzlich als Hindernisse für eine Arbeitsmarkt(re)integration lange Zeiten der Arbeitslosigkeit und damit verbundene Prozesse der Arbeitsmarktdesintegration vor dem Einsetzen von Rehabilitationsmaßnahmen. Ebenso ist ein hohes Alter nachteilig für die Chance auf einen Return to Work. Förderlich für die berufliche Wiedereingliederung sind dagegen ein jüngeres Lebensalter und ein höherer Bildungsgrad. Die Autoren konstatieren damit die *zentrale Bedeutung der sozialen Schichtzugehörigkeit und der zeitlichen Dauer von Arbeitslosigkeit* bei der wissenschaftlichen Analyse von Return to Work-Prozessen.

Wie auch in anderen Teilen der EM-Rentenforschung, zeigt die Beschäftigung mit hemmenden Faktoren bei der Arbeitsmarkt(re)integration, dass Versicherte mit *psychischen Erkrankungen* besonders von Nachteilen betroffen sind. Nebe (2013) weist auf Versuche von Arbeitgebern hin, psychisch erkrankte Beschäftigte – entgegen ihrer Pflichten beim betrieblichen Eingliederungsmanagement – zu kündigen. Auch wenn die Rechtsprechung den Blick für die Teilhabeleistungen psychisch Erkrankter zunehmend schärft, besteht nach wie vor ein erhöhtes berufliches Teilhaberrisiko für psychisch Erkrankte: „Die Ursachen hierfür sind vielfältig; sie bestehen u. a. in besonderen Berührungängsten auf betrieblicher Seite, aber auch in nicht zu unterschätzenden Herausforderungen, die vor allem aus wiederkehrenden Krankheitsepisoden und den besonderen Schwierigkeiten bei der Selbsteinschätzung und Krankeneinsicht resultieren.“ (Nebe 2013: 346) Psychisch erkrankte Personen sind oftmals Stigmatisierungen ausgesetzt, die neben den funktionellen Einschränkungen ihrer Erkrankung zusätzliche Arbeitsmarktrisiken darstellen (siehe ausführlich Abschnitt 4.2). „Sowohl bei potenziellen Lebenspartnerinnen und Lebenspartnern als auch bei Arbeitgebern bestehen ne-

gative Stereotypen die durch Stichworte wie Unberechenbarkeit, Gefährlichkeit und Unheilbarkeit charakterisiert werden können.“ (Richter et al. 2006: 707)

Inwieweit das Lebensalter von EM-RentnerInnen eine Rolle bei deren Arbeitsmarkt(re)integration spielt, wird bisher nur auffallend randständig in rehabilitationswissenschaftlichen Studien thematisiert. Wie die Alterssoziologie und die Altersdiskriminierungsforschung zeigen (siehe Brauer/Clemens 2010), sind ältere ArbeitnehmerInnen auf Grund von Vorurteilen („Ageism“ siehe Brauer 2010) oft bei Arbeitsmarktchancen benachteiligt. Da viele EM-RentnerInnen im letzten Drittel ihrer Erwerbsbiographie sind (siehe Mika 2013), liegt nahe, dass sie nicht nur wegen ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen, sondern auch durch Vorurteile gegenüber älteren Menschen Hindernissen bei der Teilhabe am Arbeitsleben ausgesetzt sind – detaillierte empirische Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Chancen der Arbeitsmarkt(re)integration und Lebensalter von EM-RentnerInnen stehen bisher aber aus. An dieser Stelle sei auf sozialwissenschaftliche Arbeiten zu Diskriminierungen im Erwerbsleben hingewiesen, welche das Potential haben zur Schließung dieser Forschungslücke substantziell beizutragen (siehe Abschnitt 4).

5.5 (Zukünftige) Herausforderungen und Reformmöglichkeiten

In so gut wie allen empirischen Arbeiten, die sich mit der Erforschung des Phänomens EM-Rente beschäftigen, steht neben der Analyse und Interpretation auch die *Formulierung von Handlungsempfehlungen und Reformvorschlägen*. Dabei sind die erkannten Handlungsbedarfe sowie die als am drängendsten wahrgenommenen Reformbedarfe, je nach disziplinärer Perspektive und Inhalt der Fragestellungen, heterogen.

Als übergeordnetes Thema kann die allgemein als demographischer Wandel bezeichnete Verschiebung der Altersstruktur der Bevölkerung und die damit verbundenen Änderungen des EM-Rentengeschehens bzw. Herausforderungen der Rehabilitation benannt werden. Der demographische Wandel hat zur Folge, dass die Alterserwerbsbeteiligung, und damit einhergehend die erhöhte Erwerbsminderungsquote von älteren ArbeitnehmerInnen, in den Fokus der Erwerbsminderungsforschung gerät (siehe Mümken/Brussig 2013; Hagen/Himmelreicher 2014). Behandelte Fragen sind hier etwa in welchem Alter es (vor allem in Zukunft) zu einem Erwerbsaustritt kommt und in welchem Verhältnis dies mit gesundheitlich verursachter Erwerbsminderung in Zusammenhang steht (siehe Brussig/Ribbat 2014). Auch wird untersucht, inwieweit *Unterschiede zwischen verschiedenen Berufsgruppen und Alterskohorten* beim Rentenzugang bestehen (siehe Dannenberg et al. 2010; Schnabel 2014). Im Rahmen dieser Debatte beschäftigen sich unter anderem ökonomische und verwaltungswissenschaftliche Arbeiten mit Fragen der langfristigen Sicherung der sozialen Sicherungssysteme, der Stabilisierung des Rentenniveaus und möglicher Reformmaßnahmen, die den Zusammenhang zwischen gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen und der EM-Rente aufzeigen (siehe Ehrentraut/Moog 2014). Sozialwissenschaftliche Analysen weisen auch auf mögliche Veränderung im EM-Rentengeschehen als Folge der zukünftigen Entwicklung des Arbeitsmarktes und damit verbundenen neuen Gesundheitsrisiken und -

chancen hin. Dies betrifft vor allem die von Digitalisierung und Technisierung geprägte „Arbeit 4.0“: „So nehmen im Zuge der Technisierung und Digitalisierung die Beanspruchungen in der Arbeitswelt durch schwere körperliche Arbeit, Schadstoffe, Lärm etc. ab (wenn auch diese nicht völlig verschwinden und einem sozialen Gradienten folgen), jedoch nehmen psychische Belastungen durch Arbeitsverdichtung und Entgrenzung von Arbeit zu. Der moderne Arbeitskraftunternehmer ist körperlich nur bedingt in Gefahr (das höchste Risiko stellen hier Muskel-Skeletterkrankungen durch die einseitige und zunehmend sitzende Tätigkeit am PC dar), sein zentrales Risiko ist mental oder seelisch zu erkranken.“ (Ohlbrecht 2018: 128; siehe auch Schütte/Köper 2013; Funsch/Poerting 2018; Peters-Lange 2018)

Die mit dem Wandel von Arbeitsbedingungen einhergehende Veränderung im EM-Rentengeschehen macht aus Sicht der Rehabilitationsforschung auch eine Weiterentwicklung *der Datenanalyse bzw. Forschungsdesigns* notwendig, auf deren Basis „neue“ Risikogruppen erkannt und präventive Maßnahmen entwickelt werden können. Dies gilt zum Beispiel für die ansteigende Zahl von erwerbsgeminderten Versicherten in sozialen Berufen ab Mitte des 50sten Lebensjahrs, welche mit dem üblichen Indikator, einsetzende gesundheitliche Probleme um das 40ste Lebensjahr herum, nicht erfasst werden (siehe Mika 2013). Des Weiteren wird die Schaffung von berufsspezifischen, auf die prognostizierten gesundheitlichen Belastungen abgestimmte Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen als Lösungsansatz für ein zukünftig erhöhtes EM-Rentenaufkommen diskutiert. So plädiert etwa Schröder (2016), als Maßnahme für die Vermeidung von Erwerbsunfähigkeit von KrankenpflegerInnen, für die Stärkung des betrieblichen Gesundheitsmanagements, die Sensibilisierung von Führungskräften für gesundheitliche Risiken und Kommunikationstrainings, um die Erwerbsminderungsrisikofaktoren der „übersteigerten Verausgabeneigung“ und betrieblicher Konflikte in sozialen Berufen gezielt zu reduzieren. Bethge (2017a) betont, dass die berufliche Wiedereingliederung bzw. die Arbeitsmarktintegration von erwerbsunfähigen oder davon gefährdeten Personen in Zukunft ein verstärktes, koordiniertes Zusammenhandeln (integrative Versorgungsmodelle) sowohl von betroffenen Personen und Leistungserbringern als auch Arbeitgebern und Sozialversicherungsträgern benötigt (siehe auch Spyra 2018, Stapel/Weisenburger 2018). Hintergrund, so Bethge, ist die in der Rehabilitationsforschung immer verbreitetere Annahme, dass *Arbeit als komplexe soziale Interaktion bzw. Berufsunfähigkeit als soziales Phänomen* nicht isoliert aus medizinischer oder monoprofessioneller Perspektive (klinische Intervention) gelöst werden kann, sondern Konzepte zur Arbeitsmarktintegration (Arbeitsplatzintervention) eben diese komplexen Interaktionen und Ursache-Wirkungs-Mechanismen bei der Rehabilitation berücksichtigen müssen. So wird auch die bisher mangelnde Regelung betriebsärztlicher Einbindung in das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) sowie die insgesamt noch ausbaufähige Umsetzung des BEMs kritisiert, wobei besonders in klein- und mittelständischen Betrieben diesbezüglich Handlungsbedarf attestiert wird (siehe Freigang-Bauer/Gröben 2011: 3; Vater/Niehaus 2013). Mögliche Verbesserungen könnten zusätzlich eine umfänglichere Einbindung der Rehabilitationsträger und der Ausbau ambulanter Angebote bei Return to- und Stay at Work-Prozessen sein (siehe Bethge 2017a: 433). Insgesamt wird der, durch Beratungs- und Informationsdefizite verursachte, schlechte Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen für von Er-

werbsminderung bedrohten Versicherten oder EM-RentnerInnen als eine grundsätzliche Herausforderung bei der Arbeitsmarktintegration verstanden, die eine Reaktion erforderlich macht (siehe Slesina 2008; Hesse/Walden 2014; Herget et al. 2017; Hennemann et al. 2017; Spanier/Bethge 2018). Dies betrifft sowohl medizinische Rehabilitationen im Vorfeld der EM-Berentung (präventive Maßnahmen) als auch die berufliche Rehabilitation bei längerfristiger gesundheitlicher Beeinträchtigung, um eine Rückkehr in die Arbeit zu ermöglichen. Verbessert werden sollte die Zugänglichkeit von Informationen durch niedrigschwellige Angebote, aufsuchende Beratung, (haus)ärztliche Beratung oder Beratungsangebote der Rentenversicherung und der Rehabilitationsleistungserbringer. Bei Personen mit psychiatrischen Erkrankungen sind strukturierte Ansätze der Arbeitsaufnahme (wie stufenweise Wiedereingliederung, BEM) besonders von Bedeutung. Mernyi et al. (2018) fanden allerdings heraus, dass diese Maßnahmen oft nicht angeboten oder auch von den PatientInnen abgelehnt werden. Dies kann zu ausbleibenden Arbeitsanpassungen und einer Gefährdung des Arbeitsplatzes bzw. scheiternden Wiedereinstiegen führen. Die AutorInnen sehen hier eindeutig Potential zur Verbesserung. Eine langfristige, individuell konzipierte Rückkehrstrategie, bestehend aus Weiterbildungen, kontinuierlichem Coaching und therapeutischen Maßnahmen, sollten für eine erfolgreiche Wiedereingliederung ausgebaut werden (siehe Zschucke et al. 2017).

Im Kontext der Formulierung von Handlungsempfehlungen werden in der Rehabilitationsforschung auch gezielt Forschungsdesiderate benannt. Forschungsbedarf wird demnach weiterhin bei der *Evaluierung der Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen* gesehen. In diesem Sinne untersuchten etwa Jankowiak et al. (2018a), ob Hausarzt- und RehabilitandInnenangaben zur Einschätzung des Rehabilitationserfolges als Indikatoren für den Nutzen der Rehabilitation dienen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Einschätzung eines guten Rehabilitationserfolges auch mit einem geringeren Risiko für eine Erwerbsminderung einhergeht. Die Selbsteinschätzungen der RehabilitandInnen zeigen, dass diejenigen, die nach Selbsteinschätzung nicht von der Rehabilitationsmaßnahme profitiert haben, gegenüber den erfolgreich eingeschätzten Rehabilitationen ein fünffach höheres Erwerbsminderungsrisiko aufweisen. Roski et al. (2017) plädieren für eine vertiefte Untersuchung von Geschlechts- und regionalen Berentungsrisiken, die über deren Deskription hinausgehen. Als weitere Forschungslücke identifizieren die AutorInnen die Klärung der Ursachen für die geringe Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen seitens auf Grund psychischer Erkrankungen berenteter Versicherter (siehe auch Deutsche Rentenversicherung 2014: 24-25). In Zukunft sollten demnach Faktoren, die eine rehabilitative Unterversorgung, und so auch das Chronifizierungsrisiko begünstigen sowie Zugangsbarrieren zu Rehabilitationsmaßnahmen beforscht und abgebaut werden. Auch die Deutsche Rentenversicherung (2014) benennt als Forschungsdesiderat die weitere Analyse von Faktoren, die zur Reintegration von EM-RentnerInnen mit psychischen Störungen in das Erwerbsleben beitragen. Insgesamt wird die Sensibilisierung auf psychische Erkrankungen, angesichts der bisher dominanten Fokussierung auf die physische Leistungsfähigkeit, bei Präventions- und Rehabilitationsforschung, empfohlen (siehe Riedel et al. 2009; Schwarze et al. 2014: 19). Knuth (2014) führt an, dass gesundheitsbedingte Arbeitsmarktferne sich aus verschiedenen Dimensionen erklärt, diese sind: Gesundheitszustand, Leistungsbezug sowie Arbeitslosigkeit und Nicht-Erwerbstätigkeit.

Bisherige Untersuchungen betrachteten allerdings höchstens zwei der genannten Dimensionen. Daher stellt er als Forschungsdesiderat fest, dass Studien zum Zusammenhang und zu Wechselwirkungen aller relevanten Dimensionen notwendig sind.

Von sozialrechtlicher und versicherungsökonomischer Seite gehen zahlreiche Vorschläge aus, die *Leistungen beim EM-Rentenbezug zu reformieren*. Als dringendster Reformbedarf wird die Stabilisierung des EM-Rentenniveaus in Hinblick auf dessen Armutsfestigkeit gesehen (Bäcker 2013a; siehe auch Steffen 2013; Zollmann/Märtin 2013; Schnabel 2015). Märtin (2017; siehe ausführlich Abschnitt 3.3) kommt zu dem Schluss, dass eine pauschale Anhebung der EM-Rente weder finanzierbar, noch zielführend wäre. Dagegen stellen zielgruppenspezifische Verbesserungen eine vielversprechende Alternative dar, die sich an der Lebensform der EM-RentnerInnen ausrichten. Als Zielgruppe definiert die Autorin, unter dem Hinweis, dass dies eine sozialpolitische bzw. normative Frage ist, besonders von Armutsrisiko betroffene EM-RentnerInnen. Diese sind: EM-RentnerInnen, die ohne PartnerIn leben, nur eine geringe EM-Rente beziehen, keine weiteren Einkünfte aufweisen oder HaupteinkommensbezieherInnen ihrer Lebensform sind. Ebenso als Indikatoren für Armutsrisiken identifiziert wurden geringe Entgeldpunkte, fehlender Schulabschluss und der Bezug staatlicher Mindestsicherung. Die Autorin schlägt eine veränderte Berechnung der EM-Rente, eine verstärkte Förderung der Erwerbstätigkeit und einen besseren Zugang zu anderen Erwerbsquellen vor. Notwendig dafür sind ein proaktives Zugehen auf die identifizierten Zielgruppen und die Kooperation der Leistungsträger.

Da die Durchschnittsentgelte von EM-RentnerInnen in der Zeit vor ihrer Berentung deutlich sinken, schlagen Zollmann und Märtin (2013) zur *Verbesserung der materiellen Situation von EM-RentnerInnen* eine veränderte Bewertung der letzten Jahre vor der Berentung vor (siehe auch Welti/Groskreutz 2013). Hagen (2014) empfiehlt, vor dem Hintergrund zunehmender psychischer Erkrankungen und verlängerter Lebensarbeitszeiten, flexiblere Übergänge zwischen Erwerbstätigkeit und EM-Rente, die als Motivation eines Return to Work mehr anreiz- als abschlagsbasiert sein sollten. Das Risiko einer Rückkehr in Arbeit sollte hierbei weder alleine bei den EM-RentnerInnen, noch bei den (potentiellen) Arbeitgebern liegen, für welche gesundheitlich eingeschränkte Mitarbeiter auch ein gewisses unternehmerisches Risiko darstellen können. Zschucke et al. (2017: 5) schreiben dazu: „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.“ Daraus folgt, dass die Absicherung des ökonomischen Risikos bei Return to Work-Prozessen in Zukunft besser verteilt bzw. für die EM-RentnerInnen „entprivatisiert“ werden müsste.

Um die erheblichen finanziellen Nachteile, welche durch die Überführung der Berufsunfähigkeitsrente in die EM-Rente entstanden sind, mittels einer privaten Erwerbsunfähigkeitsvorsorge angemessen kompensieren zu können, fordert Sternberger-Frey (2014) eine *staatliche*

Regulierung der privaten Versicherungswirtschaft oder ein *funktionierendes Anreizsystem bzw. staatliche Förderungen*. „Spätestens seit der Reform der gesetzlichen Invalidenrente sind die Bundesbürgerinnen/-bürger auf zusätzliche private Absicherung zwingend angewiesen, um dem Armutsrisiko zu entgehen. Der Staat dürfte es daher nicht zulassen, dass die private Versicherungsbranche keine Verträge anbietet, die dieser Aufgabe nicht oder nicht zufriedenstellend gerecht werden. Für Verbraucherinnen/Verbraucher ist das zwar nicht immer auf den ersten Blick erkennbar. Doch de facto läuft das Zusammenspiel aus Tarifen mit extremen Preisspannen, widersprüchlicher Annahmepolitik und unzureichend langen Vertragslaufzeiten darauf hinaus, dass sich die Versicherungsbranche ihrer volkswirtschaftlichen Versorgungsfunktion entzieht.“ (Sternberger-Frey 2014: 123-124; siehe auch Rische 2010; Kemptner 2014) Darüber hinaus empfiehlt die Autorin den Verzicht auf Abschläge, generell sollte geprüft werden, ob die Absicherung des Lebensrisikos Invalidität nicht eine staatliche Aufgabe sein muss, da ein effizienter privater Schutz nur schwer zu bewerkstelligen ist. Auch Ehrentraut und Moog (2017) raten die Abschaffung der Abschläge bei EM-RentnerInnen bei weiteren Reformen der sozialen Sicherungssysteme umzusetzen. Diese Maßnahme, so die Autoren, würde eine besonders von (Alters)Armut betroffene Gruppe „zielgenau und substanziell“ besserstellen, ohne dabei die BeitragszahlerInnen und AltersrentnerInnen zu großen Belastungen auszusetzen (siehe auch Nürnberger 2009; Krause et al. 2013; Hagen/Rothgang 2014). Schnabel (2015) weist dagegen reformkritisch darauf hin, dass eine Abschaffung der Abschläge den finanziellen Unterschied zu Altersrenten „eliminieren“ und so „massive Substitutionsanreize“ schaffen würde.

Diskutiert wird auch das strukturell problematische Verhältnis der Funktionen der EM-Rente, welche einerseits die *materielle Existenzgrundlage* sichern und andererseits *aktivierende Maßnahmen zur Rückkehr ins Erwerbsleben* fördern soll. Dabei ist die Frage, inwieweit weitere Spezialisierungen der Sozialleistungsträger (Arbeitsagentur, JobCenter, Rentenversicherung) einen positiven Effekt auf die zukünftige Entwicklung von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen haben oder eine Bündelung von Kompetenzen sinnvoll ist (siehe Brussig 2012). Bei dieser Problematik stellt sich aus versicherungsökonomischer Sicht die grundlegende Frage, ob negativen Entwicklungen, vor allem des EM-Rentenniveaus, durch eine grundlegende Ausgliederung der Absicherung von Erwerbsminderung aus der Zuständigkeit der Rentenversicherung begegnet werden könnte. Hintergrund der Diskussion ist, dass die bereits als Reaktion auf den demographischen Wandel vollzogenen Reformen der Alterssicherung negative Nebeneffekte auf die Absicherung von Erwerbsminderung beinhalten. Diese Reformen greifen zwar bei der Zugangssteuerung der Altersrenten und führen zu gerechtfertigten Leistungsminderungen, ihre Auswirkungen auf die EM-Renten sind allerdings weder sinnvoll noch sozial gerecht. Daher werden erheblicher Reformbedarf und eine grundlegende Diskussion der Zuständigkeiten im Sozialversicherungssystem bezüglich der Absicherung von Erwerbsminderung gefordert (siehe Köhler-Rama 2003; Münstermann 2014).

5.6 Gutachterliche Entscheidungen

Die Beurteilung von gesundheitlichen Sachverhalten durch GutachterInnen (Sachverständige) ist im gesamten Sozialversicherungssystem verbreitet, gleichzeitig ist die *Analyse dieser Begutachtungsprozesse* Gegenstand interdisziplinärer Forschung (siehe Drechsel-Schlund/Kranig 2015). Auch im Kontext von EM-Renten besteht ein Forschungsstrang, der sich mit der Qualitätssicherung und der Erstellung von Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung von Rehabilitations- und EM-Rentanträgen befasst.

In älteren Arbeiten wird oft eine *gewisse Beliebigkeit von GutachterInnenentscheidungen* und nicht nachvollziehbaren Ablehnungen von EM-Renten- und Rehabilitationsanträgen kritisiert (siehe Schian et al. 2004). Darüber hinaus ist bekannt, dass der EM-Rentenzugang stark von der regionalen Arbeitsmarktlage abhängig ist und sich daher regional deutlich unterschiedliche Bewilligungspraktiken zeigen, welche für die Rechtssicherheit der Entscheidungen und die AntragsstellerInnen problematisch sein können (siehe Brussig 2012; Dittmann 2018a). Die Untersuchung der Qualität sozialmedizinischer Gutachten hinsichtlich ihrer Reliabilität und Objektivität bzw. Faktoren, welche diese verzerren, ist daher Gegenstand einiger empirischer Studien. Bahmer et al. (2012) untersuchten im Rahmen des Projektes „Erfassung der Einflussfaktoren auf die gutachterliche Leistungsbeurteilung im Antragsverfahren auf EM-Rente (PEgL)“ mögliche kontextuelle und intrapersonelle Einflussfaktoren, die auf die gutachterlichen Einschätzungen Einfluss haben könnten. An ihrer Studie nahmen insgesamt 94 GutachterInnen (zwölf weiblich, 82 männlich; mit einem Durchschnittsalter von 53,4 Jahren) aus dem Indikationsbereich Orthopädie teil. Die Ergebnisse zeigen keine wesentlichen Tendenzen einer Beeinflussung der Grundhaltung durch persönliche Faktoren. Nach den Autoren ist für 92% der GutachterInnen der Untersuchungsbefund die maßgebliche Urteilsvariable. Bedeutsam für die Meinungsbildung sind zusätzlich die Beschwerdeschilderung der AntragsstellerInnen und die somatischen Vorbefunde. Auch Gehrke (2018) stellt bei der Untersuchung der Qualitätssicherung von Gutachten im EM-Rentenbewilligungsprozess eine Verbesserung der Gutachtenqualität fest. Allerdings sieht er eine Qualitätseinschränkung (im Sinne von Nachvollziehbarkeit im Peer-Verfahren) bei der Leistungsbeurteilung „unter 3 Stunden“ und damit Unklarheiten bei der Frage, ob eine volle oder teilweise Erwerbsminderung vorliegt (siehe auch Gehrke/Müller-Garnn 2014). Von einer mangelnden Reliabilität berichten dagegen Vogel et al. (2013), sie prüften im Rahmen einer Pilotstudie 20 aus 260 zufällig ausgewählten EM-Rentenerstgutachten verschiedener Indikationen von zwölf Rentenversicherungsträgern. Die Gutachten wurden jeweils von zwei Peers hinsichtlich der Reliabilität bewertet. Im Mittel lag die Reliabilität bei 48%, die in der Literatur geforderte Reliabilität von mehr als 70% wurde demnach nicht erfüllt. Bartel et al. (2015; siehe ausführlich Abschnitt 4.3) analysierten in einer qualitativen Studie Heuristiken von PrüfärztInnen während Entscheidungsprozessen bei EM-Rentanträgen. Die Ergebnisse zeigen, dass die GutachterInnen bei ihrer Entscheidungsfindung und Beurteilung neben medizinischen Heuristiken auch durch ihre aktuelle Arbeitsbelastung und einer möglichen gerichtlichen Anfechtbarkeit ihrer Gutachten beeinflusst wurden. Nach Bartel et al. geht es den GutachterInnen vor allem darum, nachvollziehbare, „verfahrenssichere“ Gutachten zu erstellen, welche teilweise auch

„schnell und mit wenig Aufwand“ anzufertigen seien. Deduktionlücken, welche bei ungenauer Aktenlage oder widersprüchlichen Informationen auftreten können, werden auf Basis des jeweiligen Vorwissens der GutachterInnen heuristisch geschlossen. Die AutorInnen zeigen deutlich auf, dass nicht nur medizinische „Fakten“, sondern auch „subjektive“ Faktoren, wie die Arbeitslast und die bisherige berufliche Sozialisation der GutachterInnen, die Beurteilung beeinflussen. In ähnlicher Weise weist auch Ludolph (2006) darauf hin, dass es sich bei der Feststellung einer Erwerbsminderung nicht primär oder sogar ausschließlich um eine medizinisch festzustellende Tatsache handelt. Vielmehr sei dies Aufgabe von Gerichten und Verwaltung (siehe auch Pethran et al. 1999). Die ärztlichen GutachterInnen erfüllen hierbei die Funktion Befunde zu sichern und Diagnosen zu stellen, auf deren Basis die rechtliche Einschätzung von Funktionseinbußen vorgenommen werden kann. Die Autoren stellt damit heraus, dass es sich bei der Umsetzung der Rechtsordnung im Rahmen der Entscheidungen über Rentenleistungen klar um eine „Wertung“ und nicht um eine medizinische „Tatsache“ handelt, bei welcher ärztliche GutachterInnen durch ihren Informationsvorsprung allerdings ein gewichtiges Vorschlagsrecht innehaben. Brussig (2018b: 5) führt in seiner Studie zu der Organisation sozialmedizinischer Gutachten im EM-Rentenverfahren an, „[...] dass die Ergebnisse der Begutachtung nicht nur von den Standards der medizinischen Profession geprägt werden, sondern auch von der Organisation des Begutachtungsprozesses innerhalb und zwischen Trägern.“ Der Autor attestiert, dass die Organisation der Begutachtungen, etwa im Vergleich zu Fragen der Leistungen, weniger öffentlich-politische Aufmerksamkeit erfährt, obwohl der Begutachtungsprozess zentral für die Auswirkungen der EM-Rente innerhalb des sozialen Sicherungssystems ist. Ein Recht auf persönliche Begutachtung könnte sowohl die Qualität des Verfahrens als auch die Akzeptanz der AntragsstellerInnen erhöhen.

Neben der Untersuchung von Verzerrungen im Begutachtungsprozess ist im Forschungsstand auch die Beschäftigung mit der Aufstellung von *verbindlichen, qualitätssichernden Leitlinien für sozialmedizinische Akteure* zu finden. In dem Kontext befassen sich Strahl et al. (2016) mit dem Aufbau einer evidenzbasierten Datenbank zur sozialmedizinischen Begutachtungsliteratur. Ihr Ziel ist es, die wissenschaftliche Fundierung und Weiterentwicklung der Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung von Rehabilitations- und EM-Rentenanträgen voranzutreiben. Dafür recherchierten die AutorInnen nationale und internationale Publikationen mit Fokus auf die Beurteilung der Leistungsfähigkeit und dem Zugang zu Rehabilitation/EM-Renten im konkreten Bezug zum Begutachtungsprozess in relevanten Datenbanken zwischen 1993 und 2015. Nach der Anwendung ihrer Auswahlkriterien blieben von anfänglich 2956 Dokumenten 52 übrig (die überwiegende Mehrzahl der Artikel stammte mit 20 aus Deutschland, gefolgt von 16 aus den USA und drei aus den Niederlanden). Die Artikel wurden in die Kategorien „Assessmentsinstrumente zur Feststellung der Funktionsfähigkeit sowie des Reha- und Rentenbedarfs“ (21 Artikel), „allgemeine Vorgehensweisen und Begutachtungspraxis“ (28 Artikel) und „in Fachzeitschriften publizierte Leitlinien“ (drei Artikel) eingeteilt. Dabei kommen die AutorInnen zu dem Schluss, dass die Evidenzbasiertheit der Begutachtungsliteratur limitiert ist. Eine mögliche Ursache für diesen Umstand vermuten die AutorInnen in dem komplexen sozialmedizinischen Begutachtungs- und Interaktionsgeschehen. In diesem müssen zahlreiche biopsychosoziale Faktoren berücksichtigt werden, was

zu einer Perspektivvielfalt und einer narrativen Artikelstruktur in den Publikationen führen könnte. Diese sind daher schwer standardisiert auszuwerten, weshalb das übliche Vorgehen bei systematischen Literaturarbeiten nur bedingt anwendbar ist. Die AutorInnen halten es daher für sinnvoll ihre Ergebnisse mit indikationsspezifischen Literaturrecherchen zu verknüpfen und zu erweitern. Wie Roller (2018) ausführt, spielen einheitliche und Kriterien zur Beurteilung der Gewährung oder Ablehnung einer EM-Rente bei Klagen von EM-RentenantragstellerInnen eine wichtige Rolle.

Ein weiteres, bekanntes Problem während des EM-Rentenbewilligungsprozesses sind *Antwortverzerrungen bei Versicherten* mit psychischen Erkrankungen, was eine Validierung ihrer Diagnosen und der Krankheitsfolgen notwendig macht. Da der Nachweis verzerrten Antwortverhaltens besonders bei psychischen Erkrankungen diagnostisch schwierig ist, prüfen Kobelt et al. (2017) die Eignung von Instrumenten (BEVA und SFSS) zur Verbesserung der Beschwerdvalidierung im Begutachtungsprozess. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass der kombinierte Einsatz von SFSS und BEVA sinnvoll ist. Demnach werden niedergelassene GutachterInnen, die keinen großen neuropsychologischen Testaufwand betreiben können, durch das Ampelsystem der Instrumente (grün, gelb, rot bzw. nicht verzerrt, auffällig) auf deutliche Antwortverzerrung hingewiesen und können so auffälliges Antwortverhalten klinisch bewerten. Auch Schwarze et al. (2014) thematisieren bei psychisch Erkrankten die Verzerrung des Beschwerdebildes. Beispielsweise können Versicherte das Ziel haben eine EM-Rente zu erreichen, indem sie strategische Antworten bei der Beschwerdvalidierung geben. Daher wird eine Vereinheitlichung des Begutachtungsverfahrens nach Vorschlägen der Arbeitsgemeinschaft der Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) entwickelt, die den Fokus auf die Beschwerdvalidierung und deren Konsistenzprüfung legt. Die AutorInnen nennen Beschwerdvalidierungstests als geeignetes Standardverfahren in sozialmedizinischen Begutachtungsverfahren, die auch im Falle von Sozialgerichtsurteilen bei EM-Renten relevant sind. Gerade PatientInnen, die von einem sekundären Krankheitsgewinn profitieren wollen, sollten demnach einer Prüfung des Wahrheitsgehaltes ihrer Beschwerdendarstellung unterzogen werden. „Neben dem Einsatz von Testverfahren sollte bei einer möglichen Begutachtung der Beschwerdvalidität auch auf zusätzliche Fehlerquellen, die die Ergebnisse dieser Verfahren verzerren könnten, geachtet werden. Hier kann das Coaching durch Anwälte, Angehörige, Freunde des Versicherten sowie Internetforen zu verfälschten und damit wertlosen Testdaten führen. Weiterhin sind ein verantwortungsvoller Umgang und das Verständnis des Gutachters für die Ängste der Patienten bzw. der Versicherten zentrale Voraussetzungen.“ (Schwarze et al. 2014: 71-72) Hesse und Walden 2014 empfehlen als Leitlinie für die sozialmedizinische Begutachtung der Deutschen Rentenversicherung bei psychischen Erkrankungen vor allem die Funktionen und Aktivitäten zu berücksichtigen, die für die Teilhabe am Arbeitsleben relevant sind. Dabei sind besonders die Kontextfaktoren (Alltagsbewältigung, soziale Kompetenz, Integration, Komorbidität und Krankheitsverlauf) sowie die Anforderungen des Arbeitsmarktes zu berücksichtigen (siehe auch Dragano 2011). Bei Anträgen auf EM-Renten geben die AutorInnen zu bedenken, dass diese meist einen nicht reversiblen Ausschluss aus dem Arbeitsmarkt bedeuten und damit einhergehend den Verlust

von gesellschaftlicher Teilhabe weswegen ein verantwortungsvoller, sensibler Begutachtungsprozess zwingend notwendig ist.

5.7 Internationaler Vergleich

Schließlich lässt sich in der EM-Rentenforschung der *Vergleich des deutschen Sozialsystems mit internationaler (vorwiegend der EU-Nachbarländer) sozialstaatlicher Absicherung von Erwerbsminderung* als weiteres Querschnittsthema aufführen. Dabei beschäftigen sich rechtswissenschaftlich und sozialpolitisch orientierte Arbeiten mit generellen Fragen der europaweiten gesetzlichen Ausgestaltung der sozialen Sicherung und den Entwicklungstendenzen im EM-Rentengeschehen. Rehabilitationswissenschaftliche Arbeiten fokussieren dagegen eher auf konkrete Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung und vergleichen deutsche Rehabilitationskonzepte mit dem Vorgehen bei Return to Work- und Stay at Work-Prozessen in europäischen Nachbarländern. In diesem Strang der Forschung ist es einerseits das Ziel durch den Vergleich deutscher Regelungen mit strukturähnlichen sozialen Sicherungssystemen Spezifika des deutschen Systems herauszuarbeiten. Andererseits wird die Übernahme von erfolgreichen Konzepten bzw. deren Implikationen für das EM-Rentengeschehen in Deutschland geprüft und diskutiert.

Mittag und Welti (2017) vergleichen die sozialen Sicherungen bei Erwerbsminderung und *beruflicher Wiedereingliederung in Deutschland mit den Niederlanden und Finnland*. Zu Beginn stellen sie eine „Tendenz zur Konvergenz“ der Arbeits- und Sozialordnungssysteme in Europa fest, die sich jedoch in Bezug auf die soziale Sicherung bei Invalidität, Behinderung, Prävention, Rehabilitation und Wiedereingliederung unterscheiden (siehe Abbildung 9). Während in Deutschland die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall seitens des Arbeitgebers nur sechs Wochen lang besteht und danach die Krankenversicherung maximal 72 Wochen ein circa 70% Krankengeld zahlt, trägt der Arbeitgeber über 104 Wochen die Entgeltfortzahlung (100% im ersten Jahr sowie mindestens 70% im zweiten Jahr). Diese Zeit kann um ein weiteres Jahr verlängert werden, wenn der zuständige Sozialleistungsträger Mängel bei den erforderlichen Anstrengungen zur beruflichen Wiedereingliederung feststellt. Die Autoren führen aus, dass die niederländischen Regelungen, durch die große Arbeitgeberverantwortung, massive Anreize für die betriebliche berufliche Wiedereingliederung langfristig erkrankter ArbeitnehmerInnen setzen (siehe auch Mittag et al. 2014). Darüber hinaus kooperieren die Arbeitgeber eng mit der Sozialversicherung, während in Deutschland zwischen Betrieben und Sozialversicherungsleistungsträgern, aber auch den Sozialleistungsträgern untereinander, nicht „unerhebliche Probleme“ bei der Vernetzung entstehen. Diese Probleme wurden in den Niederlanden seitens des Gesetzgebers mit Fristenregelungen angegangen: Dort muss ein vorgegebenes Protokoll nach einer, sechs, acht, 52 und 104 Wochen mit vorgeschriebenen „Meilensteinen“ geführt werden, die in einer Reintegrationsakte dokumentiert werden. Die Kooperation der beteiligten Akteure im Wiedereingliederungsprozess wird durch ein Case-Management unterstützt. Die ab 2002 stattgefundenen Reformen haben die Zugangsraten zu Erwerbsminderungsleistungen in den Niederlanden deutlich verringert. Auch in

Finnland bestehen seit 2012 Fristenregelungen nach 30, 60 und 90 Krankheitstagen mit jeweils vorgeschriebenen Maßnahmen, wie der Hinzuziehung der BetriebsärztInnen oder der Feststellung von Rehabilitationsbedarfen. Insgesamt ist die Rolle der Arbeits- und Betriebsmedizin in den Niederlanden und Finnland stärker ausgeprägt als in Deutschland. Die Verknüpfung von auf die Erwerbsfähigkeit bezogene medizinische Leistungen und der Primärversorgung schafft eine größere Nähe zur Arbeitssituation, die sich in einer besseren Abstimmung von kurativer, präventiver und rehabilitativer Versorgung niederschlägt. Während die Absicherung von Erwerbsminderung in Deutschland in den Aufgabenbereich der gesetzlichen Rentenversicherung fällt, ist in den Niederlanden das Erwerbsminderungsrisiko gänzlich von der Alterssicherung separiert. Die Autoren fassen die gesetzlichen Anreize bzw. Sanktionen bei der beruflichen Wiedereingliederung in Deutschland als eher schwach ausgeprägt auf, dagegen sehen sie in den niederländischen Regelungen stärkere Anreize für arbeitgeberseitige Anstrengungen bei der Wiedereingliederung von erkrankten ArbeitnehmerInnen. Sowohl in den Niederlanden als auch in Finnland gibt es seit längerem (Finnland Anfang der 1960er, Niederlande Ende der 1990er Jahre) ein Bonus/Malus-System in dem die Zahl der Beschäftigten, die in einem Unternehmen Erwerbsminderungsleistungen beziehen, gemessen werden und Arbeitgeber auch zu Zahlungen herangezogen werden können. In den Niederlanden bewirken ein intensives Case-Management und attraktive Zuverdienstmöglichkeiten auch für gesundheitlich eingeschränkte ArbeitnehmerInnen hohe Anreize für eine berufliche Wiedereingliederung. Während in Deutschland die Gewährung einer (dauerhaften) EM-Rente an die Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gekoppelt ist, richtet sich die Beurteilung der Erwerbsminderung in den Niederlanden an der Messung des Verlustes der Verdienstmöglichkeiten aus. Nicht die Arbeitsfähigkeit, sondern die Einkommensersatzfunktion ist ausschlaggebend. Ist der Einkommensverlust höher als 35%, kommen Erwerbsminderungsleistungen zum Tragen. Diese Leistungen werden regelmäßig geprüft, bleiben aber auch erhalten, wenn eine neue Beschäftigung aufgenommen wird. Die Autoren resümieren, dass durch die tiefgreifenden Reformen, welche die Arbeitgeberverantwortung bei der beruflichen Wiedereingliederung stärken, einen definierten Zeitplan für Maßnahmen im Krankheitsfall vorgeben und finanzielle Anreize für alle Beteiligten schaffen, in den letzten 20 Jahren ein deutlicher Rückgang beim Zugang in Invaliditätsleistungen erreicht wurde (siehe auch Walser 2008).

	Deutschland	Niederlande	Finnland
Früher Beginn	oft nicht	ja	ja
Fester Zeitplan (verbindlich)	nein	ja	ja
Einbezug des Arbeitsplatzes	oft nicht	ja	(ja)

Rolle der Arbeitsmedizin	schwach	stark	(stark)
Pro-aktives Fallmanagement	nein	ja	nein
Regelmäßige Kommunikation zwischen den Beteiligten	nein	ja	(ja)
Incentives/Sanktionen	wenig	stark	stark (Arbeitgeber)
Assessment von Behinderung	Arbeitsfähigkeit (<6h/<3h)	Verdienstfähigkeit (<65%)	Arbeitsfähigkeit (<40%/<60%)
Art der Leistung (Begrifflichkeit)	„Rente“	„Leistung“	„Rente“

Abb. 9: Vergleich der betrieblichen Wiedereingliederung (BEM) zwischen Deutschland, Niederlande und Finnland (aus: Mittag/Welti 2017: 5, gering verändert durch Autor).

Auch Himmelreicher und Hagen (2014: 135) verweisen auf Untersuchungen aus den Niederlanden, welche zeigen, dass das verstärkte Involvierem der Betriebe bei der Schaffung von Anreizstrukturen zu einer Rückkehr ins Erwerbsleben, im Sinne eines „Rückkehrmanagement“, erfolgreich sind.

Hack (2018) berichtet von sogenannten APP-Leistungen (Arbeidsavklaringspenger) aus Norwegen, die als *Interimsleistung nach Auslauf des einjährigen Krankengeldes* gezahlt werden kann, bis die Arbeitsfähigkeit abschließend beurteilt wurde. Dabei fungieren APP-Leistungen als eine „Art Zwischenlösung“ zwischen einer Erwerbsunfähigkeitsrente und anderen Leistungen, wie Krankengeld, Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe. Die Leistungen wurden 2010 eingeführt und lösten die ehemalige Rehabilitationsbeihilfe, Leistungen zur beruflichen Wiedereingliederung und zeitlich befristete Erwerbsunfähigkeitsleistungen ab. AAP-Leistungen zielen primär auf die Wiederaufnahme einer Arbeit während des Leistungsbezuges ab. Sie werden Personen gewährt, deren Erwerbsunfähigkeit gesundheitsbedingt um mindestens 50% verringert ist und können maximal vier Jahre lang bezogen werden. Der Autor führt im Weiteren aus, dass die norwegische Erwerbsunfähigkeitsrente 2015 abgeschafft und durch eine Erwerbsunfähigkeitsleistung (uføretrygd) sublimiert wurde. Ziel dieser Reform war es, die erwerbsgeminderten Personen mehr am Arbeitsmarkt teilhaben zu lassen sowie Arbeit, Erwerbsunfähigkeitsleistungen und Altersrente zu verbinden. Die Leistungen können zwischen dem 18sten und 67sten Lebensjahr beantragt werden, im Vorhinein müssen die AntragsstellerInnen eine Behandlung zur Förderung der Arbeitskraft absolviert haben. Nach dem 67sten Lebensjahr werden die Erwerbsminderungsleistungen durch die

Altersrente ersetzt, prinzipiell ist ab dem 62sten Lebensjahr eine Kombination aus Altersrente und Erwerbsunfähigkeitsleistungen möglich.

Neben den konkret auf EM-Renten abzielenden Vergleichen, finden sich auch Arbeiten, welche sich eher mit den *allgemeinen Rahmenbedingungen des Arbeitsmarktes und der sozio-demographischen Entwicklung im EU-Ausland* auseinandersetzen und diese mit Deutschland vergleichen. Konle-Seidl und Lang (2006) zeigen auf, dass in Deutschland im Vergleich mit „beschäftigungspolitisch erfolgreichen“ Ländern, wie Dänemark, Niederlanden, Großbritannien und Schweden, die Arbeitslosenquoten zwar geringer sind, die Inaktivitätsquoten von SozialleistungsempfängerInnen aber deutlich höher. In Deutschland ergab die Zusammenführung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe 700.000 zusätzliche Arbeitslose in der Statistik. Dies liegt, so die Autorinnen, an der im deutschen Recht enger definierten Auffassung von Erwerbsfähigkeit. Zusätzlich werden weniger „passive Sozialleistungen“ bei Erwerbsunfähigkeit, Vorruhestand und Krankheit erbracht als in den Nachbarländern. Demnach fungieren in den Nachbarländern Vorruhestand und Erwerbsunfähigkeitsleistungen mehr als „Auffangbecken“ für ältere und geringqualifizierte Arbeitslose, also solche mit geringen Chancen auf dem Arbeitsmarkt, als dies in Deutschland der Fall ist. Konle-Seidl (2016) führt an, dass der in Deutschland eingeführte Grundsatz „Reha vor Rente“ bereits seit 1957 die Wiedereingliederung von gesundheitlich eingeschränkten Personen in das Erwerbsleben forciert, während es in den europäischen Nachbarländern, wegen der hohen fiskalischer Kosten von Erwerbsunfähigkeit und dem Mangel an Arbeitskräften, erst in den letzten Jahren zu einem eingeschränkteren Zugang zu EM-Renten und dem Ausbau von Integrationsmaßnahmen kommt. Auch Hagen und Himmelreicher (2014) attestieren Deutschland im internationalen Vergleich eine eher restriktive Bewilligung von EM-Rentanträgen. Bethge (2017a: 427) sieht die EU-weit zu beobachtende Anhebung der Renteneintrittsgrenzen als Reaktion auf den demographischen Wandel. Ohne diese rentenpolitische Maßnahme würde es zu einem Anstieg der Rentenausgaben in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union von 8,9% 2007 auf 19% des Bruttoinlandsproduktes im Jahr 2060 kommen (siehe Bethge 2017a). Burkert und Sproß (2010) führen an, dass im europäischen Vergleich ein Rückgang in der Arbeitslosigkeit älterer Menschen zu verzeichnen ist. Allerdings verschärft sich in Deutschland durch die Restriktion der Vorruhestandsregelungen die Situation geringqualifizierter ArbeitnehmerInnen auf dem Arbeitsmarkt, da diese eine Arbeitslosigkeit nicht mehr durch eine Früh- oder EM-Rente umgehen können. Viebrok (2004) verortet die Förderung der Erwerbstätigkeit von älteren und gesundheitlich eingeschränkten ArbeitnehmerInnen bzw. die Vermeidung von Erwerbsunfähigkeit auch als generelles Ziel innerhalb der Europäischen Union, um „eine Verschwendung individueller Lebenschancen und gesellschaftlichen Potentials“ (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2004) zu verhindern. Er erkennt in vielen Ländern der Europäischen Union mit der Reform der EM-Rente 2001 vergleichbar einschneidende Änderungen bei der Absicherung von Erwerbsminderung, welche das Ziel haben die Erwerbsquoten älterer ArbeitnehmerInnen anzuheben.

Rehabilitationswissenschaftliche Arbeiten vergleichen besonders Maßnahmen zur *beruflichen Wiedereingliederung innerhalb der verschiedenen europäischen Rehabilitationskonzepte*. So beschäftigen sich etwa Kunze und Benöhr (2013) mit der beruflichen Wiedereingliederung

rung bzw. den Regelungen zur Erwerbstätigkeit von erwerbsgeminderten Personen mit Restleistungsvermögen in Deutschland, den Niederlanden, der Schweiz und Österreich. In den Niederlanden führte die Reform der Invalidenrente 2006 dazu, dass von erwerbsgeminderten Personen mit Restleistungsvermögen konsequent eine Erwerbstätigkeit im Rahmen ihrer vorhandenen Möglichkeiten verlangt wird. Im Vergleich zu den oben beschriebenen Problemen der beruflichen Eingliederung in den Teilzeitarbeitsmarkt der deutschen EM-RentnerInnen (mit Restleistungsvermögen) (siehe Abschnitt 5.4) werden in den Niederlanden bei Arbeitslosigkeit oder eingeschränkter Arbeitsfähigkeit nur Teilauszahlungen vorgenommen. In der Schweiz wird eine Rente erst gezahlt, wenn Wiedereingliederungsmaßnahmen nicht erfolgreich waren. Es besteht eine aktive Mitwirkungspflicht der Versicherten sowie Anreize für Arbeitgeber. In Österreich gilt ab 2014 der Rentenanspruch wegen Invalidität/Berufsunfähigkeit gleichzeitig als Reha-Antrag. Voraussetzung für eine Rente ist die Aussichtslosigkeit oder Unzumutbarkeit von beruflichen Rehabilitationsleistungen. Während der Maßnahmen wird „Umschulungsgeld“ gezahlt. Die AutorInnen empfehlen die Orientierung an diesen Strategien und Förderungen zur Reintegration in Deutschland. Besonders die obligatorische Durchführung einer Eingliederungsmaßnahme vor einer Berentung und die Mitwirkungspflicht der Versicherten bei teilweisen Einschränkungen würden positive Effekte mit sich bringen.

Dittmann (2018b) zeigt in seinem Vergleich der *rechtlichen Regelung des beruflichen Wiedereinstiegs zwischen Österreich und Deutschland* das Potential komparativer Studien auf. Mittels des Vergleichs von deutschen und österreichischen Regelungen arbeitet er Schwächen und Stärken der deutschen Maßnahmen bei der Vermeidung von EM-Renten bzw. der Rückkehr ins Arbeitsleben heraus. Dittmann kommt zu dem Schluss, dass im Vergleich zu Österreich die deutsche Regelung zur Wiedereingliederung unübersichtlicher und rechtlich uneinheitlicher ist. Dies muss aber nicht zwingend ein Nachteil sein, da dafür therapeutisch individueller und situativer auf die spezifischen Bedürfnisse der ArbeitnehmerInnen eingegangen werden kann als in den österreichischen Regelungen. Mehrhoff (2013) hebt hervor, dass die gesetzliche Verpflichtung in Deutschland bei BEM-Maßnahmen alle Sozialpartner einzubeziehen, und damit eine gezielte staatlich intendierte Prävention von Erwerbsminderung zu erreichen, in Europa einzigartig ist. Schwarze et al. (2014) verweisen auf Untersuchungen aus Schweden, die zeigen, dass Rückkehrprogramme aus EM-Renten in den Arbeitsmarkt unter der Beibehaltung der Rentenansprüche nach längerer Berentung bei der Arbeitsmarkt(re)integration sinnvoll sein können (siehe auch Edén et al. 2006).

Auch im Kontext der Harmonisierung der europäischen Rentenpolitik werden Reformen der EM-Rente diskutiert. Schulz-Weidner (2018) führt im Kontext einer möglichen europäischen Arbeitslosigkeitsversicherung an, dass diese erheblichen Koordinierungsbedarf in der notwendigen Abgrenzung zu gesundheitsbedingter Voll- oder Teilerwerbsminderung beinhaltet.

6. Zusammenfassung und Diskussion

Der Forschungsstand der EM-Rentenforschung differenziert sich, gemäß der gesellschaftlichen Relevanz von gesundheitsbedingter Erwerbsminderung, zunehmend aus. Neben den „klassischen“ anwendungsbezogenen Disziplinen der Rehabilitationsforschung bringen auch immer mehr (sozial)rechtlich, (sozial)politisch und volkswirtschaftlich orientierte Arbeiten ihre Perspektiven in die Analyse des EM-Rentengeschehens ein, identifizieren eigene Themenschwerpunkte und benennen Forschungslücken. Ebenso ist innerhalb der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung bei der Analyse und Konzeption von Präventionsmaßnahmen und Rehabilitationsleistungen eine Diversifizierung festzustellen. Der Konsens im Forschungsstand, dass bei der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen *neben medizinisch-therapeutischen Faktoren auch soziale Dimensionen berücksichtigt werden müssen*, führt zu einer vermehrten Einbindung sozialwissenschaftlicher Ansätze. Damit einher geht die Ausweitung der EM-Rentenforschungsgegenstände auf die subjektive Wahrnehmung und die Lebenswelt von EM-RentnerInnen sowie die Berücksichtigung der komplexen Interaktionen mit Arbeitgebern und KollegInnen bei der Analyse und Steuerung von Return to- und Stay at Work-Prozessen. Mit der insgesamt als produktiv einzuschätzenden *Diversifizierung* des Forschungsstandes verbunden, ist allerdings auch eine wachsende *Unübersichtlichkeit* der Forschungslandschaft sowie eine noch ausbaufähige wechselseitige Wahrnehmung der einzelnen Forschungsstränge. So werden *interdisziplinäre Synergieeffekte* bisher nur unzureichend genutzt. In der vorliegenden qualitativen Metastudie des Forschungsstandes wurde, mit besonderer Berücksichtigung von Studien zur Arbeitsmarkt(re)integration von teilweisen EM-RentnerInnen, zu einer Systematisierung und Integration dieser heterogenen disziplinären Perspektiven beigetragen. Die Aufarbeitung des Forschungsstandes erfolgte dabei sowohl entlang einzelner disziplinärer Perspektiven als auch durch die Identifikation von Querschnittsthemen.

Praxisorientierte Rehabilitationsforschung

Die praxisorientierte Rehabilitationswissenschaft und -forschung (Abschnitt 2) fokussiert sich bei ihrer Beschäftigung mit dem Phänomen „EM-Rente“, gemäß ihrer Zielstellung, gesundheitsbedingte Funktionsstörungen von ArbeitnehmerInnen zu verhindern, zu bewältigen oder zu reduzieren, auf die Entwicklung und Evaluation von Präventions- und Wiedereingliederungsmaßnahmen. Dabei lassen sich vier Forschungsstränge analytisch trennen.

Rehabilitationsforschung im Rahmen der *Prävention* von Erwerbsminderung (Abschnitt 2.1) beschäftigt sich mit der Identifikation von Personengruppen, die in besonderem Maße von Erwerbsminderung bedroht sind, dem Zugang zu Präventionsangeboten und der Entwicklung von Instrumenten zur langfristigen Vermeidung von Erwerbsminderung, vornehmlich in betrieblichen Kontexten, wie dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM). Dabei steht gegenwärtig die Kooperation(sbereitschaft) und die Verbesserung von Schnittstellen zwischen ArbeitnehmerInnen, Arbeitgebern, BetriebsärztInnen, MitarbeiterInnen der Integra-

tionsämter und anderen an der Arbeitsmarkt(re)integration beteiligter Akteure im Mittelpunkt des Interesses.

Die *medizinische Rehabilitationsforschung* (Abschnitt 2.2) betont, dass die rechtzeitige Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen ausschlaggebend bei der Verhinderung von EM-Berentungen ist. Dementsprechend untersuchen Studien aus diesem Forschungsstrang Gründe für die (hohe) Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen vor der EM-Berentung, wie etwa Hürden bei der Antragsstellung, Informationsdefizite oder soziodemographische Faktoren. Im Kontext der EM-Rente wird sich intensiv mit der beruflich-medizinischen Rehabilitation (MBOR) auseinandergesetzt, welche einen verstärkten Arbeitsweltbezug bei der medizinischen Rehabilitation funktioneller Defizite der Versicherten leistet. Auch das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) und die stufenweise Wiedereingliederung („Hamburger Modell“) sind Gegenstand, da mittels dieser Maßnahmen besonders die zunehmende Anzahl psychisch erkrankter Versicherter durch die Beachtung individueller, arbeitsplatzbezogener Probleme während und im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation erreicht werden können.

Die *berufliche Rehabilitationsforschung* (Abschnitt 2.3), welche sich mit der Arbeitsmarkt(re)integration von erwerbsgeminderten Versicherten auseinandersetzt, ist für die EM-Rentenforschung sicherlich der relevanteste Forschungsstrang innerhalb der Rehabilitationswissenschaften. Trotzdem bestehen nur auffallend wenige Studien, die sich mit der konkreten Situation von EM-RentnerInnen bzw. deren langfristiger Wiedergliederung in das Erwerbsleben befassen. Berufliche Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) werden zurzeit besonders unter dem Fokus der Abstimmung der komplexen lebensweltlichen Situationen und der individuellen rehabilitativen Bedürfnisse der EM-RentnerInnen während der Rehabilitationsmaßnahmen untersucht. Neben der Berücksichtigung medizinischer Funktionseinschränkungen wird die Rückkehr ins Erwerbsleben dabei als von zahlreichen sozialen Faktoren abhängig beschrieben, wie zum Beispiel (mangelnde) Rückkehrmotivation, familiäre Situation, ökonomische Unsicherheit, intransparente Rechtsprechung zum verschlossenen Teilzeitarbeitsmarkt oder zu starre, motivationshemmende Zuverdienstregelungen. Große Berücksichtigung erfahren besonders EM-RentnerInnen aus der Diagnosegruppe der psychischen Erkrankungen, welche überdurchschnittlichen Erschwernissen bei der Rückkehr ins Erwerbsleben ausgesetzt sind. Insgesamt fehlen gesicherte Zahlen zu gelungenen oder gescheiterten Return to Work-Prozessen von EM-RentnerInnen sowie verallgemeinerbare Ergebnisse zu hemmenden und förderlichen Faktoren bei der Arbeitsmarkt(re)integration, welche als Forschungsdesiderat benannt werden.

Auch der Forschungsstand zur *Evaluation* von Rehabilitationskonzepten (Abschnitt 2.4) legt nahe, dass bedarfsgerechte, individuelle Unterstützung förderlich für den Erhalt oder den Wiedereinstieg in Beschäftigungsverhältnisse sind.

Als derzeitige Entwicklungstendenz des rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsstandes lässt sich feststellen, dass die Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen vermehrt nach einem „ganzheitlichen“ Ansatz ausgerichtet wird. Das heißt, dass bei der wissen-

schaftlichen Analyse und Konzeption von Rehabilitationsmaßnahmen sowohl die Therapie funktioneller Defizite (medizinische Rehabilitation) als auch Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben als zentral für das Gelingen von Stay at- und Return to Work-Prozessen verstanden werden. Dementsprechend sind zwar die Übergänge zwischen medizinisch- und beruflich orientierter Rehabilitationsforschung durchaus schon durchlässig, trotzdem dominiert oft eine Perspektive die andere, so dass eine weitere Integration ein Forschungsdesiderat darstellt.

Sozialrechtliche, -politische und volkswirtschaftliche Arbeiten

Von dem rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsstand abzugrenzen, sind rechtswissenschaftliche, (sozial)politische und (volks)wirtschaftlich orientierte Arbeiten zum EM-Rentengeschehen (Abschnitt 3). Diese beschäftigen sich meist aus einer makrostrukturellen Perspektive mit EM-rentenrelevanten demographischen Entwicklungen, den Auswirkungen von Reformen der sozialen Sicherungssysteme auf die sozioökonomische Situation sowie den Arbeitsmarktchancen von EM-RentnerInnen und Fragen nach der sozialen Gerechtigkeit und sozialen Teilhabe bei gesundheitsbedingter Erwerbsminderung. Diese Forschungsstränge analysieren also weniger angewandte Maßnahmen der rehabilitativen Versorgung, der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt oder der Prävention von Erwerbsminderung, sondern beschäftigen sich vielmehr mit den generellen (versicherungs)rechtlichen, sozialpolitischen und volkswirtschaftlichen Rahmenbedingungen, welche im Zusammenhang mit der Ein- und Ausgliederung von gesundheitlich beeinträchtigten Personen in das Erwerbsleben stehen.

Der *sozialrechtliche Forschungsstrang* (Abschnitt 3.1) fokussiert auf die gesetzliche Regulation der EM-Rente. Behandelt werden Fragen der Zuständigkeiten und Wechselwirkungen verschiedener sozialstaatlicher Institutionen bei der Absicherung von Erwerbsminderung, wie das Verhältnis der EM-Rente zu der Altersrente oder der Mindestsicherung. Die Frage nach der sozialen Gerechtigkeit im Kontext des gegenwärtigen EM-Rentengeschehens wird vor allem unter dem Aspekt des, als unzulänglich kritisierten, geringen Leistungsniveaus der EM-Renten aufgegriffen. Die gegenwärtige Praxis der EM-Berentung wird dahingehend untersucht, ob das Recht auf Teilhabe am Arbeitsleben genügend Beachtung findet bzw. genügend Anstrengungen zur Wiedereingliederung von EM-RentnerInnen in den Arbeitsmarkt unternommen werden. Kernpunkt der Kritik ist, dass EM-Renten, im Gegensatz zu Altersrenten, infolge ihrer sozialrechtlichen Konzeption, keine Dauerleistungen darstellen, aber in der Praxis so gehandhabt werden. Des Weiteren bestehen gerade bei (bedürftigen) Personen mit Restleistungsvermögen (teilweisen EM-RentnerInnen) sozialrechtlich unklare Zuständigkeiten zwischen der Rentenversicherung und dem JobCenter bzw. der EM-Rente und der Mindestsicherung. Diese Situation führt für diese Versichertengruppe zu teils prekären Lebenssituationen und einer ausbleibenden oder zu geringen Unterstützung bei der Arbeitsmarkt(re)integration. Auch die Praxis „Arbeitsmarktrenten“ bei teilweiser Erwerbsminderung und verschlossenem Arbeitsmarkt zu gewähren, wird unter dem Gesichtspunkt der ausblei-

benden Aktivierungsbemühungen bei den betroffenen Versicherten kritisch diskutiert. Außerdem führt die Praxis „Arbeitsmarktrenten“ zu vergeben zu einer, aus sozialrechtlicher Sicht, problematischen Risikoverlagerung von der Arbeitslosenversicherung hin zur Rentenversicherung. Des Weiteren wird diskutiert, wie ein Ausbau der gesetzlich regulierten Verpflichtungen der Arbeitgeber bei der Arbeitsmarkt(re)integration (vor allem beim BEM) rechtlich umsetzbar ist und wie der Abbau sozialrechtlicher Hürden bei Return to Work-Prozessen (zum Beispiel zu starre Hinzuverdienstregelungen) bewerkstelligt werden kann.

Sozialpolitisch orientierte Arbeiten (siehe Abschnitt 3.2) in der EM-Rentenforschung setzen sich vorwiegend mit der Analyse und Bewertung bisheriger Rentenreformen, Zielkonflikten im sozialen Sicherungssystem und daran anschließend mit der Formulierung von Handlungsbedarf und Reformmöglichkeiten auseinander. Besonders die bisherige Ausklammerung bzw. geringe Beachtung der EM-Rente bei den seit den 2000er Jahren vorgenommen Reformen der Alterssicherung bzw. Altersrente, wird als problematisch dargestellt. Bei diesen wurde nicht nur die Schaffung von Anreizen für die Rückkehr ins Erwerbsleben für EM-RentnerInnen vernachlässigt, auch die gegenwärtige, auf die Altersrente abgestimmte, Rentenzugangssteuerung führt zu teils prekären materiellen Situationen von erwerbsgeminderten Personen. Insgesamt werden der Trend der sinkenden Entgeldpunkte und das geringe EM-Rentenleistungsniveau als offene Herausforderungen für die politische Gestaltung der sozialen Sicherungssysteme postuliert. Dabei hervorzuheben ist die weitverbreitete Kritik an den Rentenabschlägen, welche bei der Umwandlung von EM-Renten in Altersrenten zu dauerhafter Altersarmut führen (können). Auch wenn die Abschaffung der Abschläge kontrovers diskutiert wird, kann als Konsens im Forschungsstrang angesehen werden, dass die gegenwärtigen Regelungen nicht auf die Situation von EM-RentnerInnen abgestimmt sind. Die Bemühungen, den Eintritt in die Altersrenten durch Abschläge bei frühzeitigem Rentenbeginn hinauszuzögern und so die ArbeitnehmerInnen länger im Erwerbsleben zu halten, zeigen keine positiven Effekte bei der EM-Rentenzugangssteuerung. In der Kritik stehen auch Fehlreize bei der beruflichen Reintegration von EM-RentnerInnen, beispielsweise kann ein Hinzuverdienst bei EM-Rentenbezug sogar negative finanzielle Auswirkungen haben. Plädiert wird für die Änderung gesetzlicher Regelungen, welche eine materielle Besserstellung von EM-RentnerInnen bewirken, wie etwa die „Günstigerprüfung“, oder die Schaffung von stufenlosen Hinzuverdienstregelungen, welche positive Anreize für die Rückkehr in Arbeit setzen.

Der volkswirtschaftliche und (versicherungs)ökonomische Forschungsstand (Abschnitt 3.3) zur EM-Rente setzt sich vorwiegend mit der Analyse und Prognose der zukünftigen Finanzierbarkeit der sozialstaatlichen Absicherung bei Erwerbsminderung auseinander. Behandelt werden in diesem Kontext die Entwicklung der Leistungshöhe und der Zugangsvoraussetzungen für die EM-Rente sowie alternative Finanzierungs- und Absicherungsmodelle. Auch in diesem Strang der Forschung ist die verbreitete Ansicht zu finden, dass die Reformen der Alterssicherung, mit dem Ziel den Frühverrentungstrend zu stoppen, zu einer deutlich finanziellen Schlechterstellung von erwerbsgeminderten Personen führen. Die Konsolidierung der sozialen Sicherungssysteme, Arbeitsmarktreformen und vor allem die Teilprivatisierung der

Altersrenten fand ohne die Berücksichtigung der spezifischen Lage von erwerbsgeminderten Personen statt. So können etwa gesundheitlich beeinträchtigte ArbeitnehmerInnen ihr Rentenzugangsverhalten nur geringfügig steuern und sind dadurch strukturell von Rentenabschlägen betroffen. Ebenso bestehen für erwerbsminderungsbedrohte Personen keine, oder nur sehr eingeschränkte, Möglichkeiten einen privaten Versicherungsschutz abzuschließen. Daher wird, ebenso wie im sozialpolitischen Forschungsstand, eine substanzielle Besserstellung dieser Personengruppe auf der Leistungsseite gefordert, um prekären Lebenslagen und Altersarmut entgegen zu wirken. Lösungsvorschläge sind unter anderem die Einführung einer armutsfesten Mindestrente oder eine staatlich geförderte (private) Erwerbsminderungsversicherung („EM-Riester“), ähnlich der staatlichen Hilfen bei der privaten Alterssicherung. Sogar die institutionelle Trennung von Alterssicherung und Absicherung bei Erwerbsminderung innerhalb der sozialen Sicherungssysteme wird diskutiert, um der spezifischen Lage erwerbsgeminderter Versicherter besser gerecht werden zu können.

Bei der Aufarbeitung des Forschungsstandes zeigt sich das Potential, die in rehabilitationswissenschaftlichen Studien konkret benannten, aktuellen Herausforderungen der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen mit sozialrechtlichen Regulationen und sozialpolitischen Fragestellungen in ein Verhältnis zu setzen. Die Perspektiven können sozusagen als *komplementäre Analyse der sozialstaatlichen und volkswirtschaftlichen Rahmenbedingungen* (Makroebene) gegenüber der rehabilitationswissenschaftlichen Analyse des EM-Rentengeschehens aus Sicht der Rehabilitationsleistungserbringer (Meso- und Mikroebene) angesehen werden. Trotzdem ist festzustellen, dass nur wenige konkrete Bezüge zwischen diesen beiden Wissensbeständen bestehen. So bleibt das Potential rehabilitationswissenschaftlicher Studien, handlungsrelevante, negative Auswirkungen der geltenden gesetzlichen Regulation bei der Prävention und Rehabilitation zu identifizieren und somit auf rechtswissenschaftlicher sowie sozialpolitischer Seite ein Problembewusstsein zu schaffen und problemzentrierte Lösungsvorschläge anzuregen, noch oft ungenutzt.

Sozialwissenschaftliches Theorieangebot

Ein Anliegen der qualitativen Metaanalyse des Forschungsstandes ist es, die bisher nur verhaltene Nutzung des sozialwissenschaftlichen Theorieangebots für die EM-Rentenforschung aufzuzeigen und zu einer *stärkeren Integration (gesundheits)soziologischer Wissensbestände* (Abschnitt 4) beizutragen. Denn obwohl die sozialen Dimensionen bei der Entstehung gesundheitsbedingter Erwerbsminderung und ihre zentrale Rolle bei der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen immer mehr beachtet werden, findet höchstens ein impliziter Rückgriff auf relevante sozialwissenschaftliche Konzepte im EM-Rentenforschungsstand statt. Es bestehen zwar durchaus schon Studien, welche etwa die Auswirkungen von sozialen Ungleichheiten auf das EM-Rentengeschehen oder die lebensweltliche Situation von EM-RentnerInnen thematisieren, trotzdem ist dieser Forschungsstrang innerhalb des Forschungsstandes noch randständig. Die Nutzung des Potentials sozialwissenschaftlicher Theoriebildung, die empirischen, oft deskriptiv angelegten, Studien der

EM-Rentenforschung theoretisch zu verdichten und die einzelnen Arbeiten miteinander in Beziehung zu setzen, bleibt bisher weitestgehend ungenutzt.

Die *Gesundheitssoziologie* (Abschnitt 4.1) beschäftigt sich seit längerem intensiv mit der Analyse der Wechselwirkungen zwischen gesellschaftlichen (sozialen, kulturellen, ökonomischen) Bedingungen und ihrem Einfluss auf die Entstehung und die Folgen von Gesundheit und Krankheit. Dies erweitert die naturwissenschaftlich-medizinische Perspektive, welche meist das Individuum und seine funktionellen Defizite in den Mittelpunkt rückt, um die Beachtung der Sozialität bei der Entstehung von Erwerbsminderung bzw. bei der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen. Dabei deckt die Gesundheitssoziologie verschiedene soziale Aggregationsebenen der Wechselwirkung zwischen gesellschaftlichen Einflüssen und der Entstehung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen ab. Auf der Makroebene wird vor allem Ursachenforschung bezüglich der Prävalenz von Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen entlang gesellschaftlicher Grobstrukturen und Großgruppen betrieben. Die Mesoebene fokussiert dagegen auf Wechselwirkungen zwischen Morbidität und (kollektiven) Handlungen in organisationalen Kontexten, wie etwa bei betrieblicher Erwerbsarbeit. Die Mikroebene beschäftigt sich vorwiegend mit gesellschaftlichen Einflüssen auf gesundheitsrelevantes Verhalten und dem subjektiven Gesundheitserleben im Alltag. Eng mit diesem Wissensbestand verknüpft, ist die *gesundheitliche Ungleichheitsforschung*. Diese identifiziert Ursachen für gesellschaftlich ungleich verteilte Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen. Dabei berücksichtigt werden sowohl vertikale Ungleichheitsdimensionen, wie Einkommen, Bildung und Beruf, als auch horizontale Dimensionen, wie Alter, Geschlecht oder ethnische Herkunft. Diese sozialwissenschaftlichen Wissensbestände bieten damit das Potential, soziale Bedingungsfaktoren für die Entstehung von gesundheitsbedingter Erwerbsminderung nachzuvollziehen und gezielt Risikogruppen für EM-Berentungen zu identifizieren.

Auch die *Soziologie der Behinderung* und die *sozialwissenschaftliche Diskriminierungsforschung* (siehe Abschnitt 4.2) können dazu beitragen, hemmende und fördernde Faktoren für die Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen zu benennen. Diese Forschungsstränge verstehen die sozialen Folgen von Erkrankungen und Behinderungen als soziale Konstruktion und arbeiten unter dieser Perspektive arbeitsmarktrelevante, gesamtgesellschaftlich verbreitete Einstellungen, Stereotypen und Diskriminierungen gegenüber gesundheitlich eingeschränkten ArbeitnehmerInnen heraus. Ebenso bieten sie einen Zugang zu der Selbstwahrnehmung und Identitätskonstitution von gesundheitlich beeinträchtigten Personen sowie zu deren gesundheits- und arbeitsmarktbezogenem Handeln. Auf diese Weise können verschiedene, an Stay at- und Return to Work-Prozessen beteiligte Akteure, wie Vorgesetzte, KollegInnen, ÄrztInnen und TherapeutInnen, RehabilitationsdienstleisterInnen, MitarbeiterInnen von Integrationsdiensten, SachbearbeiterInnen der Sozialversicherer, aber auch das familiäre und soziale Umfeld von EM-RentnerInnen, mit in die Analyse der Arbeitsmarkt(re)integration einbezogen werden.

Wie schon ausgeführt, nutzen schon einige *empirische Studien* (Abschnitt 4.3) sozialwissenschaftliche Konzepte und zeigen deren Potential für die Beantwortung offener und drängender Fragen der EM-Rentenforschung auf. Diese Arbeiten beschäftigen sich dabei unter an-

derem damit, wie arbeitsplatzbezogene Stressoren das EM-Rentenrisiko erhöhen, welche Gruppen von Versicherten besonders vulnerabel gegenüber erwerbsmindernden Erkrankungen sind, welche verschiedenen Dimensionen sozialer Ungleichheit bei dem Zugang bzw. der Nicht-Inanspruchnahme von Präventions- und Rehabilitationsangeboten eine Rolle spielen oder welche Auswirkungen die Selbstwahrnehmung und lebensweltlichen Situationen von EM-RentnerInnen auf ihre Chancen zur Rückkehr ins Erwerbsleben und ihre soziale Teilhabe zeigen.

Es ergeben sich also *zahlreiche Anknüpfungspunkte* zwischen der (gesundheits)soziologischen bzw. sozialwissenschaftlichen Beschäftigung mit gesundheitsbedingter Erwerbsminderung und der EM-Rentenforschung. Dabei könnte auf kurz- und mittelfristige Sicht vor allem die schon vorhandene Tendenz, die Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen mittels qualitativ-interpretativen Forschungsdesigns unter der Perspektive eines sozialwissenschaftlichen Verständnisses von Arbeitsbeziehungen zu untersuchen, zur *Herausarbeitung von hemmenden und fördernden Faktoren bei der Rückkehr ins Erwerbsleben* von erwerbsgeminderten Personen beitragen. Langfristig ist die theoretische Rückbindung bzw. die Entwicklung von Theorien mittlerer Reichweite zur Erklärung von Ursache-Wirkungs-Beziehungen im EM-Rentengeschehen ein Forschungsdesiderat, welches durch die Nutzung des sozialwissenschaftlichen Theorieangebots bearbeitet werden könnte.

Querschnittsthemen

Mit dem Benennen von Querschnittsthemen (Abschnitt 5), welche während der Analyse der einzelnen disziplinären Forschungsstände herausgearbeitet wurden, lassen sich neben der vorgenommenen Systematisierung des EM-Rentenforschungsstandes aktuelle Debatten und *interdisziplinär relevante, thematische Schwerpunkte* zusammentragen. Auf diese Weise können mögliche interdisziplinäre Synergien aufgezeigt und Forschungsdesiderate benannt werden. Insgesamt wurden sieben Querschnittsthemen vorgefunden.

Durch alle Forschungsstränge hindurch zieht sich die Analyse von *Risikogruppen* (Abschnitt 5.1), also Personengruppen, welche besonders von Erwerbsminderung bedroht sind. Ziel ist es, Instrumente zur Identifikation dieser Gruppen zu entwickeln, um gezielt Maßnahmen für deren spezifische Bedürfnisse bei der Verhinderung von EM-Berentung oder der Rückkehr ins Erwerbsleben zu entwickeln. Im Forschungsstand vorzufinden ist die allgemeine Diagnose, dass eine Verschiebung der von Erwerbsminderung bedrohten Personengruppen stattgefunden hat: Während früher vor allem Versicherte aus stark manuellen Berufen betroffen waren, sind zurzeit besonders Personen aus dem niedrigen Dienstleistungssektor von EM-Berentung bedroht. Ebenso werden ältere ArbeitnehmerInnen im sechsten Lebensjahrzehnt und Personen mit (chronischen) Vorerkrankungen als Risikogruppen benannt. Einem besonders hohen Risiko der EM-Berentung sind dabei männliche Versicherte aus den neuen Bundesländern mit geringen Qualifikationen ab ihrem 50ten Lebensjahr ausgesetzt. Deutlich sticht in allen Disziplinen die umfängliche Beschäftigung mit der Gruppe der psychisch erkrankten Versicherten hervor. Diagnosen aus dem Bereich psychischer Erkrankungen stellen

nicht nur langjährig den häufigsten EM-Berentungsgrund dar, Versicherte mit psychischen Erkrankungen gelten auch als besonders schwer zu rehabilitieren und sind Erschwernissen bei der Arbeitsmarkt(re)integration ausgesetzt – dementsprechend werden psychisch erkrankte Versicherte als die derzeit brisanteste Risikogruppe in der EM-Rentenforschung eingeschätzt.

Besondere Beachtung erfährt auch die *sozioökonomische Situation* von EM-RentnerInnen und die Entstehung von *Altersarmut* (Abschnitt 5.2) u.a. durch Rentenabschläge bei vorzeitigem, gesundheitsbedingtem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Dabei ist quer durch alle Forschungsstränge Kritik am geringen EM-Rentenniveau und den damit verbundenen, materiell prekären Lebenslagen von EM-RentnerInnen zu finden. Rehabilitationswissenschaftliche Arbeiten analysieren meist die Auswirkungen geringer EM-Rentenbezüge auf die Lebenswelt von EM-RentnerInnen und die Rückkehrmotivation ins Erwerbsleben. Es zeigt sich, dass ökonomisch prekäre Situationen ein hemmender Faktor bei der Arbeitsmarkt(re)integration sein können. Aus rechtlicher und politischer Perspektive werden dagegen eher Fragen der sozialen Gerechtigkeit und Teilhabe bei Erwerbsminderung thematisiert. Demnach wird die Absicherung von Erwerbsminderung als genuine Aufgabe des Sozialstaates verstanden, welche durch das geringe Rentenniveau nur teilweise erfüllt wird. Gegenüber der Alterssicherung wird die Absicherung von Erwerbsminderung derzeit marginalisiert. Aus sozialpolitischer und volkswirtschaftlicher Sicht wird als Maßnahme zur Besserstellung von EM-RentnerInnen die Anhebung des EM-Rentenniveaus vorgeschlagen. Zur Bekämpfung von Altersarmut bei Erwerbsminderung wird hauptsächlich die Abschaffung von Abschlägen auf die Altersrente bei vorherigem EM-Rentenbezug diskutiert.

Eng mit der Thematisierung der ökonomischen Situation von EM-RentnerInnen verknüpft, ist die Beschäftigung mit *sozialen Ungleichheiten* und der *Verteilungsgerechtigkeit* (Abschnitt 5.3) bei Erwerbsminderung. In rehabilitationswissenschaftlichen Arbeiten werden soziale Ungleichheiten vor allem beim Zugang zu Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen erforscht. So zeigt sich etwa, dass Versicherte mit psychischen Erkrankungen sowie solche mit Migrationshintergrund im Vorfeld einer EM-Berentung oft keine (oder nur unzureichende) Rehabilitationsleistungen in Anspruch nehmen. Sozialwissenschaftlich orientierte Ansätze beforschen meist gesellschaftliche Ursachen und Mechanismen bei der Entstehung von gesundheitlicher Ungleichheit. Diese sind vornehmlich arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken einzelner Branchen, geschlechtsspezifische Erwerbsminderungsrisiken oder die bestehenden Ost-West-Unterschiede bei EM-Rentenanzugängen. Dagegen beschäftigen sich volkswirtschaftliche und sozialrechtliche Arbeiten eher auf einem höheren Abstraktionsniveau mit generellen Fragen der wohlfahrtsstaatlichen Aufgabe des Nachteilsausgleiches und deren Umsetzung durch die Institutionen des sozialen Sicherungssystems.

Bei der Beschäftigung mit *Hindernissen für die Arbeitsmarkt(re)integration* von EM-RentnerInnen ist ein Themenschwerpunkt die volle *EM-Berentung bei verschlossenem Arbeitsmarkt* (Abschnitt 5.4) bei nur teilweiser Erwerbsminderung. Die Praxis, Versicherten mit einem Restleistungsvermögen von täglich drei und sechs Stunden bei verschlossenem Arbeitsmarkt eine sogenannte „Arbeitsmarktrente“ zu gewähren, ist für einige Stränge der EM-

Rentenforschung relevant bzw. problematisch. Rechtswissenschaftliche und sozialpolitische Arbeiten thematisieren unklare Zuständigkeiten verschiedener Akteure des sozialen Sicherungssystems und bestehende Zielkonflikte zwischen Absicherung und Aktivierungsbemühung. Diskutiert wird die Frage, ob das Recht auf (Re)Integrationsmaßnahmen in den ersten Arbeitsmarkt bei der gegenwärtigen Praxis für teilweise EM-RentnerInnen entsprechend gewürdigt wird. Die Leistungsträger der Rehabilitationsangebote fragen in diesem Kontext eher danach, wie sich die derzeitigen Entwicklungen auf dem (Teilzeit)Arbeitsmarkt, beispielsweise die steigenden Anforderungen an die Flexibilität der ArbeitnehmerInnen, auf die Rückkehrchancen von Versicherten mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit auswirken. Daran schließt sich die Herausarbeitung von hemmenden und fördernden Faktoren für die Arbeitsmarkt(re)integration an. Als hemmende Faktoren werden genannt: zu starre Hinzuverdienstregelungen, fehlende ökonomische Anreize bzw. ökonomische Unsicherheit sowie fehlende Unterstützung (Engagement) der Arbeitgeber bzw. eine geringe Bereitschaft auf die Bedürfnisse gesundheitlich eingeschränkter Personen einzugehen. Dagegen sind fördernde Faktoren: Unterstützung durch Vorgesetzte, hohe Selbstwirksamkeitserwartungen, Anpassung des Lebensstils an die gesundheitlichen Einschränkungen, psychologisch-therapeutische Unterstützung sowie nur kurze Zeiten der Erwerbslosigkeit (Arbeitsmarktnähe).

In vielen Arbeiten des EM-Rentenforschungsstandes werden, im Anschluss der jeweiligen Analysen bzw. thematischen Abhandlungen, zukünftige *Herausforderungen* des EM-Rentengeschehens benannt und *Reformvorschläge* formuliert (Abschnitt 5.5). Hintergrund ist meist die Frage, wie sich die mit dem demographischen Wandel einhergehenden, prognostizierten Veränderungen auf das EM-Rentengeschehen auswirken (werden) und welche Reaktionen dies erforderlich macht. Aufgegriffene Themen sind etwa in welchem Alter es zukünftig zu einem gesundheitsbedingten Ausscheiden aus dem Erwerbsleben kommen wird und welche Berufsgruppen (Entstehung neuer Risikogruppen) davon besonders betroffen sein werden. Auch die, mit der Digitalisierung und Transformation des Arbeitsmarktes („Arbeit 4.0“) assoziierten, veränderten gesundheitlichen Risiken von Erwerbsarbeit, wie der Rückgang somatischer Erkrankungen und das stetige Ansteigen psychischer Erkrankungen, werden thematisiert. Diskutiert wird, welche Rehabilitationsmaßnahmen eine probate Reaktion auf diese Entwicklungen sein können. Dabei sticht die Dringlichkeit hervor, vor allem für psychisch erkrankte Versicherte zukünftig mehr Präventions- und Rehabilitationsangebote zu entwickeln und zu implementieren, die auf deren spezifische Bedürfnisse angepasst sind. Ebenso werden aus volkswirtschaftlicher Perspektive die Auswirkungen der erwarteten, zukünftigen Entwicklungen des EM-Rentengeschehens auf die langfristige Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme diskutiert. Daran anschließend wird als größter Reformbedarf die „Armutsfestigkeit“ von EM-Renten und die Besserstellung besonders vulnerabler EM-RentnerInnen, wie etwa alleinstehende Personen, benannt.

Wie im gesamten Gesundheitssystem sind auch für das EM-Rentengeschehen *GutachterInnenentscheidungen* (Sachverständige) (Abschnitt 5.6) zentral für den Zugang bzw. die Verweigerung von Leistungen. Daher ist ein Querschnittsthema der EM-Rentenforschung die Analyse und Bewertung von GutachterInnenentscheidungen sowie die Qualitätssicherung und die Erarbeitung von Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung von Rehabilitati-

ons- und EM-Rentenanträgen. Im Forschungsstand findet sich die Kritik an zu geringer Reliabilität von GutachterInnenentscheidungen und nicht nachvollziehbaren Ablehnungen von Anträgen, welche sowohl in rechtlicher Hinsicht als auch für die AntragsstellerInnen als problematisch benannt werden. Ein Forschungsstrang beschäftigt sich mit möglichen Quellen der Verzerrung, wie intrapersonellen und kontextuellen Faktoren. Dabei kommen die Studien zu unterschiedlichen Ergebnissen. Während einige Studien von einer zunehmenden Reliabilität und insgesamt nachvollziehbaren Entscheidungen hauptsächlich anhand medizinischer Sachverhalte (Untersuchungsbefund als maßgeblicher Urteilsvariable) berichten, betonen andere Studien weiterhin Qualitätseinschränkungen. So spielen neben medizinischen Kriterien auch andere, situative und subjektive Faktoren, wie die aktuelle Arbeitsbelastung, die antizipierte Rechtsfestigkeit der Gutachten und die Schließung von Deduktionslücken durch Heuristiken eine Rolle bei den GutachterInnenentscheidungen. Die Standardisierung von allgemeinen Leitlinien für die Begutachtung ist auf Grund der heterogenen Diagnosegruppen und der individuellen Beachtung des jeweiligen Einzelfalls nur schwer zu leisten. Dies gilt im besonderen Maße für Diagnosen aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen. Daher gibt es einige Arbeiten, die sich mit der Validierung der Beschwerdenangaben der Versicherten und der Abschätzung der Krankheitsfolgen beschäftigen. Vorgeschlagen wird der Einsatz und die Entwicklung von Instrumenten (wie SFSS und BEVA), welche auch ohne großen neuropsychologischen Testaufwand auffällige Angaben der AntragsstellerInnen detektieren. Ebenso wird die Vereinheitlichung von Begutachtungsverfahren und Beschwerdvalidierungstest empfohlen, um strategischem Antwortverhalten der Versicherten entgegenzuwirken.

Schließlich sind im EM-Rentenforschungsstand einige Arbeiten zu finden, welche sich mit dem *internationalen Vergleich* (Abschnitt 5.7) der deutschen sozialstaatlichen Absicherung von Erwerbsminderung und der Arbeitsmarkt(re)integration von erwerbsgeminderten Personen innerhalb der EU-europäischen Nachbarstaaten beschäftigen. So können durch ein komparatives Vorgehen Spezifika der deutschen Regelungen herausgearbeitet und die mögliche Übernahme erfolgreicher Konzepte diskutiert werden. Sozialrechtliche Arbeiten betonen dabei die Auswirkungen unterschiedlicher institutioneller Zuständigkeiten und Regelungen zur finanziellen Absicherung der verschiedenen Modelle. So sind etwa in den Niederlanden Arbeitgeber wesentlich stärker verpflichtet organisationale und finanzielle Verantwortung bei der Wiedereingliederung zu übernehmen als in Deutschland. Stärker anwendungsbezogene, rehabilitationswissenschaftliche Arbeiten betonen hingegen unterschiedliche Anreize für die Versicherten in das Erwerbsleben zurückzukehren und weniger „starre“ Übergänge zwischen Erwerbsminderungsleistungen und Erwerbsarbeit innerhalb der Sozialsysteme. Wobei festgestellt wird, dass flexiblere Lösungen, wie etwa in den Niederlanden oder Norwegen, positive Auswirkungen auf einen Return to Work zeigen.

Synergien der EM-Rentenforschung und der (Gesundheits)Soziologie

Die qualitative Metanalyse hatte, neben der Systematisierung des EM-Rentenforschungsstandes, zum Ziel, mögliche Synergien zwischen den etablierten disziplinären Perspektiven und den angrenzenden Wissensbeständen, vornehmlich der Gesundheitssoziologie (sowie Soziologie der Behinderung, Disability Studies, Medizinsoziologie oder Diskriminierungsforschung), auf das Phänomen „Erwerbsminderung“, heraus zu arbeiten (siehe Abschnitt 4). Ein besonderes Potential sozialwissenschaftlicher Forschung ist hierbei die Analyse und theoretische Verdichtung *sozialer Faktoren bei der Arbeitsmarkt(re)integration* von (teilweisen) EM-RentnerInnen sowie die Nutzung *qualitativ-interpretativer Methoden*. Daraus entstehende, bisher größtenteils ungenutzte, Synergien für die EM-Rentenforschung werden im Folgenden benannt und mögliche Anwendungen diskutiert.

Auch wenn die Teilhabe am Erwerbsleben gesundheitlich beeinträchtigter Personen ein zentrales sozialpolitisches Anliegen sowie primäres Ziel der Sozialversicherer und Rehabilitationsleistungserbringer ist, stellt der Forschungsstand zu hemmenden und fördernden sozialen Faktoren bei der Rückkehr ins Erwerbsleben erst wenig praxisrelevantes oder gesichertes Wissen bezüglich der spezifischen Situation von (teilweisen) EM-RentnerInnen zur Verfügung. Ein Alleinstellungsmerkmal sozialwissenschaftlicher Ansätze beim Schließen dieser Forschungslücke, ist die grundsätzliche Auffassung von gesundheitsbedingter Erwerbslosigkeit als sozialem Phänomen. Diese Perspektive stellt *soziale und kognitive Faktoren*, welche mit gesundheitsbedingten Veränderungen der Lebenssituation einhergehen, an den Ausgangspunkt der Beschäftigung mit der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen (siehe Schian et al. 2004). Der Einschnitt in die gewohnte Lebensführung durch eine EM-Berentung führt zu negativen Emotionen (Ängsten, Frustration, unbefriedigte Bedürfnisse) wie auch positiven Emotionen (Zuwendung, Entlastung), auch „sekundärer“ Krankheitsgewinn genannt. Die Berücksichtigung dieser Faktoren ist ausschlaggebend bei dem Verständnis der Bereitschaft und dem Vermögen von EM-RentnerInnen aktiv an Rehabilitations- und Wiedereingliederungsmaßnahmen teilzunehmen. Die veränderte Lebenssituation zwingt oft zu einer (radikalen) Anpassung der bisherigen Handlungs- und Verhaltensweisen, sowohl bei den gesundheitlich beeinträchtigten Versicherten als auch ihres sozialen Umfeldes. Diese psychosozialen Aspekte sind zu berücksichtigen, da sie sowohl im Zusammenhang mit der Entstehung einer Erwerbsminderung (Überlastung, Überforderung) stehen können als auch die Folge des Verlaufs einer „EM-Rentenkarriere“ sein können. Der Status krank/behindert bzw. erwerbsgemindert führt zu einer neuen sozialen Rolle, was bei Rehabilitations- und Arbeitsmarktintegrationsmaßnahmen beachtet werden muss. Auch die strukturelle Exklusion von gesundheitlich beeinträchtigten ArbeitnehmerInnen aus dem Erwerbsleben auf Grund gesamtgesellschaftlich vorherrschender Vorurteile ist Gegenstand sozialwissenschaftlicher Forschung. Behinderte oder chronisch erkrankte EM-RentnerInnen können *Stigmatisierungsprozessen* ausgesetzt sein, die sich hochgradig negativ auf ihre Arbeitsmarktchancen auswirken (siehe Abschnitt 4.2). Demnach ist das EM-Rentengeschehen „[...] nicht abstrakt auf der Basis von ausschließlich medizinischen Gesichtspunkten [zu beurtei-

len]. Vielmehr gilt es, unterschiedliche Kontextfaktoren zu berücksichtigen, wozu beispielsweise das Angebot an Teilzeitarbeitsplätzen zählt. Damit reduziert sich das Phänomen der Erwerbsminderung nicht auf eine Eigenschaft der Person, sondern kann als Partizipationsstörung gemäß des bio-psycho-sozialen Modells der ICF begriffen werden. [...] Ob Krankheit oder Behinderung tatsächlich zur Erwerbsminderung führen, wird letztlich durch den auf unterschiedlichen Ebenen ablaufenden Adaptationsprozess der betroffenen Person und ihrer Umwelt abhängen.“ (Schian et al. 2004: 48) Eben diese Einbeziehung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und psychosozialen Kontextfaktoren in die Analyse von Krankheitsentstehung und den daraus resultierenden sozialen Folgen, wie Arbeitsplatzverlust bzw. dauerhaftes Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, ist genuiner Gegenstand der Gesundheitssoziologie.

Soziologische Ansätze bieten also gegenüber den in der EM-Rentenforschung immer noch stark dominanten, medizinisch-naturwissenschaftlichen Zugängen einen komplementären Zugriff auf das Phänomen „Erwerbsminderung“. Zusätzlich zu dieser Perspektive kann auch der ausdifferenzierte Forschungsstand zur *Sozialität von Arbeitsbeziehungen* in modernen Gesellschaften bei der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen genutzt werden. Dadurch könnte die, noch nicht ausdifferenzierte, Beachtung gesellschaftlicher Kontexte bei der Konzeption von Maßnahmen bei Return to Work- und Stay at Work-Prozessen strukturell einbezogen werden. Die Ergebnisse sozialwissenschaftlich orientierter Studien könnten so als Grundlage für Handlungsempfehlungen an die Rehabilitationsdienstleister dienen. Beispielsweise führt schon Slesina (2008) an, dass soziale und psychische Faktoren bei der Rückkehr ins Arbeitsleben nach medizinischen Rehabilitationen zentral für das Gelingen oder Scheitern der Arbeitsmarktintegration sind. Krankheitsbedingte Ängste, Unsicherheiten bezüglich des Leistungsvermögens oder negative Zukunftsvorstellungen können sich stark negativ auf einen Return to Work- oder Stay at Work-Prozess auswirken (siehe auch Riedel et al. 2002; Orde/Schott 2003; Köpke 2004). Slesina (2008) formuliert auf Basis eines soziologischen Zugriffs auf die berufliche Wiedereingliederung folgende Handlungsempfehlungen:

- vertiefte Sozialberatung für Risikogruppen, zur Erarbeitung einer realistischen, tragfähigen beruflichen Perspektive im Sinne einer „problemorientierten Betreuung“,
- konsiliarische Beratung zwischen Reha- und BetriebsärztInnen, um ein abgestimmtes Vorgehen beim Abbau von Rückkehrängsten, Beratung zur beruflichen Belastbarkeit und Anpassungen am Arbeitsplatz zu erreichen und
- intensivierete Nachsorge bei Versicherten mit erhöhter beruflicher Rückkehrproblematik.

Slesina erarbeitet damit anhand soziologischer Kriterien konkrete Beiträge zur Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen. Zusätzliches Potential bei der Zusammenarbeit von Soziologie und Rehabilitationsforschung sieht er in der Einbindung von:

- SoziologInnen bei Disease Management-Programmen der medizinischen Rehabilitation,
- der „Verzahnung“ von Selbsthilfe und Rehabilitationsmaßnahmen,

- der hermeneutischen Analyse von erschwerenden Arbeitsbedingungen, sozialen Kontexten und Einstellungen aus RehabilitandInnensicht sowie
- der soziologischen Expertise bei der Analyse von Makro-Mikro-Interaktionen im Rehabilitationssystem.

Der Verweis auf die Beachtung der Wechselwirkung verschiedener sozialer Aggregationsebenen (Makro-Mirko-Link) bei der Analyse des Rehabilitationssystems führt zu einer weiteren soziologischen Kompetenz, welche bisher nur randständig in der EM-Rentenforschung genutzt wird: die Nutzung *sozialwissenschaftlicher Methodologie und Methoden bei der empirischen Untersuchung des EM-Rentengeschehens*. Die Differenzierung von Analysen in die Makro-, Meso- und Mikroebene, wie sie in der Gesundheitssoziologie vorgenommen wird (siehe Abschnitt 4.1), kann dazu beitragen, die Ursachen für die Entstehung von Erwerbsminderungen sowie Hindernisse und Chancen bei der Arbeitsmarkt(re)integration situations- und akteursübergreifend zu verstehen. So könnten soziale Mechanismen beim Ausscheiden aus dem Erwerbsleben präziser beschrieben und zukünftige Rehabilitationsmaßnahmen zielgenauer konzeptualisiert werden als es bisher der Fall ist. Darüber hinaus weist Kardorff (2010b) daraufhin, dass die *Methodologie des Interpretativen Paradigmas* prinzipiell geeignet ist, um sinnverstehende Zugänge zu rehabilitationsrelevanten sozialen Prozessen zu erlangen (siehe Abschnitt 4.2). „In der Rehabilitation sind es bislang vor allem Studien zu chronischen Krankheiten, zu subjektiven Krankheitstheorien, zur Stigmatisierung und zu „Karrieren“ von Menschen mit Behinderungen, zu den Auswirkungen stationärer Unterbringung oder zur Expert/innen-Lai/innen-Interaktion, die mit qualitativen Forschungsmethoden durchgeführt wurden und werden“ (Kardorff 2010b: 786). Kardorff sieht damit das Potential qualitativer Forschung für die Rehabilitationsforschung noch weitestgehend ungenutzt und plädiert für eine intensivere Nutzung qualitativer Ansätze, um an die Bedürfnisse von RehabilitandInnen angepasste, akzeptierte sowie lebensweltlich fundierte Angebote zu entwickeln.

Das methodisch-qualitative Perspektiven nicht nur auf der inhaltlichen, sondern auch auf der *methodischen Ebene* einen Beitrag zur Erforschung des Phänomens „EM-Rente“ leisten können, wird in zahlreichen Arbeiten deutlich. So eignen sich beispielsweise qualitative Befragungen in Fokusgruppen zur Überprüfung der Verständlichkeit von Antragsformularen bzw. Selbstauskünften beim Antrag einer EM-Rente (siehe Zwingmann/Gehrke 2010). Ebenso kann die Perspektive der qualitativen Netzwerkforschung im Gesundheitswesen und der Rehabilitation dazu beitragen, alle beteiligten Akteure zu berücksichtigen und auf den ersten Blick nicht offensichtliche Relevanzen, soziale Kontexte bei Rehabilitationsmaßnahmen und der Arbeitsmarkt(re)integration von EM-RentnerInnen zu erfassen (siehe Kardorff 2010b). Mit der Nutzung qualitativer Verfahren würde sich aber nicht nur das methodische Repertoire der EM-Rentenforschung erweitern, sondern es würden auch *neue EM-rentenrelevante Gegenstände* greifbar. So zeigen etwa Bartel et al. 2015 mittels der sogenannten „think-aloud-Methode“ (siehe Kardorff 2012), dass ärztliche Entscheidungsprozesse im Rentenanspruchsverfahren von Heuristiken geprägt sind. Bei der think-aloud-Methode werden Testpersonen aufgefordert alle Gedanken, die ihnen bei der Lösung einer Aufgabe „durch den Kopf gehen“, laut auszusprechen und so den ForscherInnen zugänglich zu machen. So konnten die Entscheidungen der ÄrztInnen im Rentenanspruchsverfahren ohne Verzerrungen („in Actu“) auf

der konkreten Handlungsebene erfasst und Antwortverzerrungen, wie beispielsweise in Interviewsituationen und Fragebögen, vermieden werden. Ohlbrecht et al. (2018) zeigen anhand eines multiperspektivischen, an der Grounded Theory orientierten Forschungsdesigns, dessen Schwerpunkt retropektive Interviews sind, welche Einflussfaktoren BEM-Maßnahmen in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) optimiert werden können. Durch die Einbeziehung verschiedenster Einflussfaktoren, wie die Biographie der Arbeitgeber und ArbeitnehmerInnen, der Unternehmenskultur und Spezifika der untersuchten Betriebe, können Gelingensbedingungen und Hemmfaktoren des BEM herausgearbeitet werden, welche auch die komplexen sozialen Dimensionen betrieblicher Arbeit berücksichtigen. Die bisher stark quantitative und deskriptiv geprägte Forschungslandschaft der EM-Rentenforschung ließe sich durch die verstärkte Nutzung der empirischen Sozialforschung erweitern und bekannte Probleme des bisherigeren methodischen Vorgehens, wie etwa die Operationalisierung des Konzeptes "Beschäftigungsfähigkeit" (Apel/Fertig 2009), könnten mit neuen Lösungsvorschlägen bearbeitet werden.

Vor dem Hintergrund der obenstehenden Ausführungen kann als langfristig anzustrebendes Forschungsdesiderat die *theoretische Rückbindung bzw. die Entwicklung von Theorien mittlerer Reichweite* zur Erklärung des EM-Rentengeschehens benannt werden. Eine Theoretisierung der bisherigen empirischen Befunde bietet zudem die Möglichkeit bestehende Studien besser miteinander zu vergleichen, wodurch die weitere Systematisierung des Forschungsstandes vorangetrieben würde. Die theoretische Konzeptualisierung fallübergreifender sozialer Mechanismen im EM-Rentengeschehen kann darüber hinaus in praktische Handlungsempfehlungen für die Rehabilitationsleistungserbringer umgesetzt werden.

7. Literaturverzeichnis

- Akremit, L. (2014): Stichprobenziehung in der qualitativen Sozialforschung. In: Baur, N./Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 265-283.
- Anton, E. (2013): Die Rückkehr an den Arbeitsplatz optimal vorbereiten und begleiten durch Soziale Arbeit in der medizinischen berufsorientierten Rehabilitation. In: Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht Diskussionsbeitrag 2013/4, S. 1-7.
- Aurich-Bertheide, P./Brussig, M./Schwarzkopf, M. (2018): Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten. Stuttgart.
- Apel, H./Fertig, M. (2009): Operationalisierung von „Beschäftigungsfähigkeit“ – ein methodischer Beitrag zur Entwicklung eines Messkonzepts. In: Zeitschrift für Arbeitsmarkt Forschung (Journal für Labour Market Research) 42 (1), S. 5-28.
- Badura, B. (Hrsg.) (1981): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozial-epidemiologischer Forschung. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Bahmer, J./Meisel, S./Horschke, A. (2012): Projekt zur Erfassung der Einflussfaktoren auf die gutachterliche Leistungsbeurteilung im Antragsverfahren auf Erwerbsminderungsrente ("PEgL") - Ergebnisse einer Online-Studie der Begutachtungsforschung im Indikationsbereich Orthopädie. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation: Flexible Antworten auf neue Herausforderungen. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 287-288.
- Banafsche, M. (2018): (Re-)Integration älterer Arbeitsloser in Deutschland im Zusammenspiel der sozialen Sicherungssysteme. In: Hohnerlein, E./Hennion, S./Kaufmann, O. (Hrsg.): Erwerbsverlauf und sozialer Schutz in Europa. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 401-422.
- Bartel, S. (2018a): Exit from Work. Gesundheitsbedingte Ausstiegs- und Neuorientierung im Erwerbsleben. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 242-243.
- Bartel, S. (2018b): Arbeit oder Gesundheit? Eine qualitative Verlaufsstudie zu gesundheitsbedingten Brüchen in der Berufsbiographie. In Ohlbrecht, H./Seltrecht, A. (Hrsg.): Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 139-154.
- Bartel, S./Kardorff, E. v./Ohlbrecht, H. (2015): „Die Akte muss rund gemacht werden.“ Eine qualitative Untersuchung von Entscheidungsheuristiken bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrente nach Aktenlage. In: Medizinischer Sachverständiger 111 (1), S. 37-46.

- Bäcker, G. (2013a): Erwerbsminderungsrenten: Wiederkehr eines (fast vergessenen) sozialen Problems. In: Informationsdienst Altersfragen 40 (6), S. 3-9.
- Bäcker, G. (2013b): Erwerbsminderungsrenten = Armutsrenten. Ein vergessenes soziales Problem? In: WSI-Mitteilungen 2013/8, S. 572-579.
- Bäcker, G. (2014): Das Rentenpaket der schwarz-roten Bundesregierung: Leistungsverbesserungen – aber kein Gesamtkonzept. In: IAQ-Standpunkt 2014/02, S. 1-14.
- Becker, H. (1981): Außenseiter. Zur Soziologie abweichenden Verhaltens. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Becker, J./Gerzymisch, K./Beutel, M./Zwerenz, R. (2014): Entwicklung und Evaluation einer indikationsübergreifenden internetbasierten Nachsorgemaßnahme zur Verbesserung der beruflichen Reintegration (GSA-Online). Abschlussbericht. ([http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=Abschlussbericht%20GSA-Online\(02032015\).pdf](http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=Abschlussbericht%20GSA-Online(02032015).pdf))
- Behrens, J. (2009): Meso-soziologische Ansätze und die Bedeutung gesundheitlicher Unterschiede für die allgemeine Soziologie sozialer Ungleichheit. In: Richter, M./ Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 55-76.
- Berghem, S. (2017): Was pneumologisch Kranke von der Rehabilitation erwarten. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung. Berlin, S. 388-389.
- Bethge, M. (2015): Effekte stufenweiser Wiedereingliederung: Ergebnisse einer Propensity-Score-gematchten Analyse mit dem Scientific Use File der Rentenversicherung. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Psychische Störungen – Herausforderungen für Prävention und Rehabilitation. Berlin, S. 85-87.
- Bethge, M. (2017a): Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben. In: Bundesgesundheitsblatt 60, S. 427-435.
- Bethge, M. (2017b): Teilhabe durch Leistungen zur beruflichen Bildung für arbeitslose Rehabilitanden. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung. Berlin, S. 224-225.
- Bethge, M./Radoschewski, F./Spyra, K./Streibelt, M./Egner, U. (2011): Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR): Eine prozessdatenbasierte Fall-Kontroll-Studie mit 8.500 Männern und 8.405 Frauen. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 20. Rehabilitati-

- onswissenschaftliches Kolloquium. Nachhaltigkeit durch Vernetzung. Berlin, S. 137-140.
- Bethge, M./Spanier, K./Peters, E./Michel, E./Radoschewski, M. (2013): Self-Reported Work Ability Predicts Rehabilitation Measures, Disability Pensions, Other Welfare Benefits, and Work Participation: Longitudinal Findings from a Sample of German Employees. In: *Journal of Occupational Rehabilitation* 23 (3), S. 309-426.
- Bethge, M./Spanier, K./Peters, E./Schlumbohm, A./Radoschewski, F. (2018): Work Ability und vorzeitiger Erwerbsausstieg. In: *Deutsche Rentenversicherung* (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. *Rehabilitation bewegt!*. Berlin, S. 219-221.
- Bieback, K. (2013): Abstimmung zwischen Altersrenten, Schutz bei Erwerbsminderung und Arbeitslosigkeit. In: *Deutscher Sozialrechtsverband* (Hrsg.): *Sozialrecht für ein längeres Leben*. Berlin, S. 9-13.
- Bieback, K. (2015): Entwicklung eines Forschungsprogramms: Das Erwerbsminderungsrisiko im Übergang von Erwerbstätigkeit zur Rente. Berlin.
- Bittlingmayer, U. (2016): Strukturorientierte Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 23-41.
- Bogedan, C./Rasner, A. (2008): Arbeitsmarkt x Rentenreform = Altersarmut?. In: *WSI-Mitteilungen* 2008/3, S. 133-138.
- Bödeker, W./Friedel, H./Friedrichs, M./Röttger, C. (2006): *Kosten der Frühberentung. Abschätzung des Anteils der Arbeitswelt an der Erwerbs- und Berufsunfähigkeit und der Folgekosten*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaft.
- Bökel, A./Nowik, D./Briest, J. (2018): Qualitative Analyse der Einstellung zur Rückkehr ins Erwerbsleben von Versicherten am Ende ihres Erwerbsminderungsrentenbezugs. In: *Deutsche Rentenversicherung* (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. *Rehabilitation bewegt!*. Berlin, S. 188-190.
- Brauer, K. (2010): Ageism Fakt oder Fiktion?. In: Brauer, K./Clemens, W. (Hrsg.): *Zu alt? „Ageism“ und Altersdiskriminierung auf Arbeitsmärkten*. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 21-60.
- Brauer, K./Clemens, W. (Hrsg.) (2010): *Zu alt? „Ageism“ und Altersdiskriminierung auf Arbeitsmärkten*. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Briest, J. (2018a): Lebensqualität, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Motivation zur Rückkehr ins Erwerbsleben bei zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrentnern. In: *Deutsche Rentenversicherung* (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. *Rehabilitation bewegt!*. Berlin, S. 186-188.

- Briest, J. (2018b): Rehabilitation bei Personen mit zeitlich befristeter Erwerbsminderungsrente (REBER). (https://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/03_reha_wissenschaften/03a_forschungsprojekte/projekte/laufend/einzelprojekte_reber.html)
- Brusten, M. (2011): Devianz, sekundäre. In: Fuchs-Heinritz, W./Klimke, D./Lautmann, R./Rammstedt, O./Stäheli, U./Weischer, C./Wienold, H. (Hrsg.): Lexikon zur Soziologie. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 135-135.
- Brussig, M. (2012): Erwerbsminderung und Arbeitsmarkt. Arbeitslosigkeit und regionale Unterschiede prägen Zugänge in Erwerbsminderungsrenten. In: Altersübergangs-Report 2012/4, S. 1-25.
- Brussig, M. (2013): Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten. In: Informationsdienst Altersfragen 40 (6), S. 16-16.
- Brussig, M. (2018a): Die aktivierenden Elemente der Erwerbsminderungsrente. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 12-13.
- Brussig, M. (2018b): Zur Organisation sozialmedizinischer Gutachten im Erwerbsminderungsrentenverfahren. In: Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht. Fachbeitrag C4-2018, S. 1-7
- Brussig, M./Knuth, M. (2010): Rise up an Work! Workless People with Impaired Health under Germany`s New Activation Regime. In: Social Policy & Society 9 (3), S. 311-323.
- Brussig, M./Ribbat, M. (2014): Entwicklung des Erwerbsaustrittsalters: Anstieg und Differenzierung. In: Altersübergangs-Report 2014/1, S. 1-23.
- Brzoska, P./Yilmaz-Aslan, Y./Exner, A./Spallek, J./Voigtländer, S./Razum, O. (2014): Medizinische Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Menschen mit Migrationshintergrund. Eine Bestandsaufnahme zur Zugänglichkeit und Qualität der Versorgung. In: Wansing, G./Westphal, M. (Hrsg.): Behinderung und Migration. Inklusion, Diversität, Intersektionalität. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 253-262.
- Brzoska, P./Razum, O. (2015): Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. In Bundesgesundheitsblatt 58, S. 553-559.
- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2017): Blickpunkt Arbeitsmarkt – Situation schwerbehinderter Menschen. Nürnberg.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2001): Berufsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation – bisherige Entwicklungen und aktuelle Perspektiven. Frankfurt am Main, S. 6-9.

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2017): Gesundheit und Teilhabe in der Arbeitswelt 4.0. Berlin.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (2013): BPTK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung. Berlin.
- Burkert, C./Sproß, C. (2010): Früher oder später: Altersbilder auf Arbeitsmärkten im europäischen Vergleich – Veränderte nationale Sichtweise oder europäisches Konstrukt? In: Brauer, K./Clemens, W. (Hrsg.): Zu alt? „Ageism“ und Altersdiskriminierung auf Arbeitsmärkten. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 149-170.
- Bürger, W./Deck, R. (2009): SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. In: Rehabilitation 48 (4), S. 211-221.
- Buschmann-Steinhage, R./Zollmann, P. (2010): Return to Work nach Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Qualität in der Rehabilitation - Management, Praxis, Forschung. Berlin, S. 199-201.
- Buschmann-Steinhage, R. (2015): Forschung im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung. In: Mülheims, L./Hummel, K./Petres-Lange, S./Toepler, E./Schuhmann, I. (Hrsg.): Handbuch Sozialversicherungswirtschaft. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 295-308.
- Ceynova, M./Härter, M./Watzke, B. (2014): Psychotherapeutische E-Mail-Nachsorge zur Förderung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges von Patienten mit psychischen Erkrankungen am Beispiel von depressiven Erkrankungen. Abschlussbericht. (http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=eMaNa_Abschlussbericht.pdf)
- Clark, D./Royer, H. (2013): The Effect of Education on Adult Mortality and Health: Evidence from Britain. In: American Economic Review 103 (6), S. 2087-2120.
- Clemens, W. (2010): Ageismus und Altersdiskriminierung auf Arbeitsmärkten – eine Einleitung. In: Brauer, K./Clemens, W. (Hrsg.): Zu alt? „Ageism“ und Altersdiskriminierung auf Arbeitsmärkten. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 7-20.
- Cloerkes, G. (2007): Soziologie der Behinderten. Eine Einführung. Heidelberg: Universitäts-Verlag Winter.
- Cloerkes, G. (2014): Die Problematik widersprüchlicher Normen in der sozialen Reaktion auf Behinderte. In: Kastl, J./Felkendorff, K. (Hrsg.): Behinderung, Soziologie und gesellschaftliche Erfahrung. Im Gespräch mit Güntner Cloerkes. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 121-140.

- Cutler, D./Lleras-Muney A. (2012): Education and Health: Insights from International Comparisons. In: NBER Bulletin on Aging and Health Working Papers 17738, S. 1-46.
- Czepek, J./Weber, E. (2015): Die Flexi-Rente als Instrument zur Erhöhung der Erwerbsbeteiligung. In: IAB-Stellungnahme 2015/6, S. 1-14.
- Dannenberg, A./Hoffmann, J./Kaldybajewa, K./Kruse, E. (2010): Rentenzugang 2009: Weiterer Anstieg der Zugänge in Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen. In: RVaktuell 2010/), S. 283-293.
- Dannenmaier, J./Kaluscha, R./Krischak, G. (2018): Was bewirkt Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen?. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin. S. 338-340.
- Deinert, O. (2018): Befristete Erwerbsminderungsrente und dann ...? In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 30-33.
- Detka, C./Ohlbrecht, H. (2018): Bedingungen und Mechanismen von (gelingenden) betrieblichen Eingliederungsprozessen (BEM). In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 216-218.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.
- Deutsche Rentenversicherung (2012): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflichen orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung (2014): Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung (2015): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung (2018a): Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Rente 2017. Rentenzugang, Rentenwegfall, Rentenänderung und Rentenbestand. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung (2018b): Rente 2017. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung (2018c): Berufliche Rehabilitation: Ihre neue Chance. Berlin.
- Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (2008): DVSG-Positionspapier Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation.

- Dietscher, C./Pelikan, J. (2016): Soziologie der Krankheitsprävention. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 417-435.
- Dillbahner, A. (2015): Die Rolle von Betriebsärzten in der Rehabilitation – Teil 1. Schwerpunkt: Betriebsärzte und betriebliches Eingliederungsmanagement. In: Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht Fachbeitrag Forum C 2015/8.
- Dittmann, R. (2018a): Erwerbsminderungsrenten – Ergebnis gescheiterter Biographien oder gescheiterter Institutionen?. In: Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht Fachbeitrag D9-2018.
- Dittmann, R. (2018b): Die schrittweise Arbeitsplatzreintegration – Ein Vergleich der deutschen stufenweisen Wiedereingliederung und der österreichischen Wiedereingliederungszeit. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 283-285.
- Dobusch, L./Hofbauer, J./Kreissl, J. (2012): Behinderung und Hochschule: Ungleichheits- und interdependenztheoretische Ansätze zur Erklärung von Exklusionspraxis. In: Klein, U./Heitzmann, D. (Hrsg.): Hochschule und Diversity. Theoretische Zugänge und empirische Bestandsaufnahme. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 69-86.
- Dragano, N. (2007): Arbeit, Stress und krankheitsbedingte Frührenten. Zusammenhänge aus theoretischer und empirischer Sicht. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Dragano, N. (2011): Psychosoziale Arbeitsbelastungen als Prädiktoren der krankheitsbedingten Frühberentung: Ein Beitrag zur Beurteilung des Rehabilitationsbedarfs. In: Die Rehabilitation. 50 (1), S. 28-36.
- Dragano, N. (2016): Arbeit und Gesundheit. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 167-183.
- Dragano, N./Siegrist, J. (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In: Richter, M./ Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 181-194.
- Drechsel-Schlund, C./Kranig, A. (2015): Begutachtung medizinischer Sachverhalte in der Sozialversicherung und in angrenzenden Gebieten. In: Mülheims, L./Hummel, K./Petres-Lange, S./Toepler, E./Schuhmann, I. (Hrsg.): Handbuch Sozialversicherungswirtschaft. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 434-454.
- Dunkel, W./Wehrich, M. (2010): Arbeit als Interaktion. In: Böhle, F./Voß, G./Wachtler, G. (Hrsg.): Handbuch Arbeitssoziologie. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 177-200.

- Edén, L./Andersson, I./Ejlertsson, G./Ekström, B./Johansson, Y./Leden, I./Pettersson, J. (2006): Return to work still possible after several years as a disability pensioner due to musculoskeletal disorders: A population-based study after new legislation in Sweden permitting "Resting disability pension". In: *Work* 26 (2), S. 147-155.
- Ehrentraut, O./Moog, S. (2017): *Zukunft der gesetzlichen Rentenversicherung: Möglichkeiten und Grenzen ausgewählter Reformvorschläge*. Düsseldorf.
- Ellger-Rüttgardt, S./Karbe, H./Niehaus, M./Rauch, A./Riedel, H./Schian, H. /Schmidt, C./Schott, Thomas/Schröder, H./Spijkers, W./Wittwer, U. (2009): *Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland*. Bonn.
- Erhart, M./Wille, N./Ravens-Sieberer, U. (2009): *Die Messung der subjektiven Gesundheit: Stand der Forschung und Herausforderungen*. In: Richter, M./ Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 335-352.
- Faßmann, H./Zapfel, S. (2013): *Rehabilitationsforschung im Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg*. Nürnberg: Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.
- Freigang-Bauer, I./Gröben, F. (2011): *Eingliederung von Mitarbeitern mit psychischen Erkrankungen. Handlungsbedarf aus Sicht betrieblicher Akteure*. Düsseldorf: Setzkasten.
- Freudenberg, U. (2018): *Ein richterlicher Blick auf die Arbeitsmarkttrente bei verschlossenem Teilzeitarbeitsmarkt*. In: *Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018*, S. 70-72.
- Funsch, V./Poerting, J. (2018): *Arbeit der Zukunft und Erwerbsminderung – Arbeit 4.0*. In: *Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018*, S. 63-66.
- Gaebel, W./Möller, H./Rössler, W. (Hrsg.) (2005): *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. Stuttgart: Klett Verlag.
- Gehrke, J. (2018): *Qualitätssicherung von Gutachten bei Erwerbsminderungsrenten: Ergebnisse aus einem bundesweiten Verfahren zur Erwerbsfähigkeit und Störungsbildern*. In: *Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!*. Berlin, S. 109-110.
- Gehrke, J./Müller-Garnn, A. (2014): *Die Nachvollziehbarkeit von sozialmedizinischen Gutachten bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrente: Ergebnisse einer Inhaltsanalyse von Gutachtenmängeln*. In: *Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Arbeit - Gesundheit - Rehabilitation*. Berlin, S. 317-318.
- Germov, J. (Hrsg.) (2009): *Second Opinion: an Introduction to Health Sociology*. Melbourne: Oxford University Press.

- Geyer, S. (2016): Die quantitative Analyse von Gesundheit und Krankheit. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 55-71.
- Goffman, E. (1975): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Golosov, M./Tsyvinski, A. (2006): Designing Optimal Disability Insurance: A Case for Asset Testing. In: Journal of Political Economy 114 (2), S. 257–279.
- Gomolla, M. (2010): Institutionelle Diskriminierung: Neue Zugänge zu einem alten Problem. In: Hormel, U./Scherr, A. (Hrsg.): Diskriminierung. Grundlagen und Forschungsergebnisse. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 61-94.
- Goodwin, S./Morgan, S. (2012): Chronic Illness and the Academic Career. The hidden epidemic in higher education. In: Academe 98 (3).
- Göbber, J. (2015): Patienten mit Migrationshintergrund im Kontext psychosomatischer Rehabilitation. Quo vadis?. Dissertationsschrift: Hannover.
- Gödecker-Geenen, N./Vieregge, D./Keck, T. (2013): Betriebliches Eingliederungsmanagement: Praxis und Perspektiven aus der Sicht der Rentenversicherung. In: Knoche, K./Sochert, R. (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. Berlin, S. 25-29.
- Grossman, M. (2006): Education and Nonmarket Outcomes. In: Hanushek, E./Welch, B. (Hrsg.): Handbook of the Economics of Education. Amsterdam: North Holland, S. 577–633.
- Gühne U./Riedel-Heller S. (2015): Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Berlin.
- Haberkamp, I./Körper, J. (2013): Voraussetzung für die stufenweise Wiedereingliederung. In: URO-News 17 (4), S. 32-37.
- Habib, E. (2014): BEM – Wiedereingliederung in kleine und mittlere Betriebe. Praxisleitfaden und Beispiele zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Beck.
- Hack, M. (2018): Soziale Sicherung und Beschäftigungsschutz bei längerer Krankheit nach norwegischem Recht. In: Hohnerlein, E. Maria/Hennion, S./Kaufmann, O. (Hrsg.): Erwerbsverlauf und sozialer Schutz in Europa. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 321-330.
- Hadril, S. (2009): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 35-54.

- Hagen, C. (2014): Starke Zunahme von Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen bei westdeutschen Frauen: Analysen zu individuellen, sozialen und regionalen Unterschieden beim Zugang in Erwerbsminderungsrente in Deutschland. In: Informationsdienst Soziale Indikatoren 51, S. 6-11.
- Hagen, C./Kurth, B. (2007): Gesundheit von Kindern alleinerziehender Mütter. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ) 42, S. 25-31.
- Hagen, C./Himmelreicher, R./Kemptner, D./Lampert, T. (2010): Soziale Ungleichheit und Erwerbsminderungsrente. In: DRV-Schriften Band 55, S. 86–102.
- Hagen, C./Himmelreicher, K./Kemptner, D./Lampert, T. (2011): Soziale Ungleichheit und Risiken der Erwerbsminderung. In: WSI-Mitteilungen 2011/7, S. 336-344.
- Hagen, C./Himmelreicher, R. (2014): Erwerbsminderungsrente in Deutschland – Ein unterschätztes Risiko (?). In: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung 83, S. 115-138.
- Hagen, K./Rothgang, H. (2014): Mit Unruhe in den Ruhestand!?. In: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung 83, S. 5-19.
- Harling, M./Schablon, A./Nienhaus, A. (2010): Abgeschlossene medizinische Rehabilitationen und Erwerbsminderungsrenten bei Pflegepersonal im Vergleich zu anderen Berufsgruppen. In: DRV-Schriften Band 55, S. 72-85.
- Hasselhorn, M./Razum, O. (2018): Rehabilitationsbedarf und -inanspruchnahme bei älteren Erwerbstätigen mit und ohne Migrationshintergrund in der BRD – eine Untersuchung mit der lidA-Kohortenstudie (lidA-DRV). (https://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/inhalt3_Infos_fuer_Experten01_sozialmedizin_forschung03_rehawi/wissenschaften03a_forschungsprojekteprojektelaufendeinzelprojekte_hasselhorn_lida.html)
- Held, G. (2018): Krisen bewältigen – Eingliederung von Mitarbeitern mit psychischen Erkrankungen. In: Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./Klose, J./Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzeiten Report 2017. Krise und Gesundheit-Ursachen, Prävention, Bewältigung. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft Wiesbaden: Springer Verlag, S. 175-182.
- Hennemann, S./Thukral, J./Witthöft, M./Beutel, M./Bethge, M./Zwerenz, R. (2017): Internetbasierte Interventionen bei beruflicher Belastung: Akzeptanz und Barrieren bei Versicherten mit erhöhtem Erwerbsminderungsrisiko. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung. Berlin, S. 210-212.
- Hergesell, J. (2016): Gesundheit und Wissenschaftskarrieren. Zu den Folgen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Wissenschaft. In: Baur, N./Besio, C./Norkus,

M./Petschick, G. (Hrsg.): Wissen – Organisation – Forschungspraxis. Der Makro-Meso-Mikro-Link in der Wissenschaft. Weinheim: Beltz Juventa, S. 717-746.

Herget, S./Roski, C./Grande, G. (2016): Inanspruchnahme psychosomatischer Rehabilitationsmaßnahmen und Beratungen wegen Erwerbsminderung aufgrund psychischer Erkrankungen – Risikofaktoren. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Gesundheitssystem im Wandel - Perspektiven der Rehabilitation. Berlin, S. 119-120.

Herget, S./Roski, C./Grande, G. (2017): Inanspruchnahme psychosomatischer Rehabilitationsmaßnahmen und Beratungen wegen Erwerbsminderung aufgrund psychischer Erkrankungen – Eine qualitative Analyse. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung. Berlin, S. 419-421.

Hesse, B./Walden, J. (2014): Rehabilitation und Erwerbsminderungsrente bei psychischen Störungen. In: Der Neurologe & Psychiater 15 (1), S. 57-63.

Heuer, K./Kedzia, S./Horschke, A. (2012): Reha muss passen! Arbeitsplatzorientierte Optimierung der Kooperation zwischen Rehabilitationsklinik und kleinen und mittleren Betrieben (KoRB2). In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation: Flexible Antworten auf neue Herausforderungen. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 190-192.

Hirschberg, A. (2011): Berufsunfähigkeit, Invalidität, Erwerbsminderung und ähnliche Begriffe. Eine vergleichende Untersuchung mit Vorschlägen für Harmonisierungen. Karlsruhe: Verlag für Versicherungswirtschaft.

Hollederer, A. (2011): Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale. Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden: Springer Verlag.

Hollederer, A./Voigtländer, S. (2016): Die Gesundheit von Arbeitslosen und die Effekte auf die Arbeitsmarktintegration. Ergebnisse im Panel Arbeitsmarkt und soziale Sicherung (PASS), Erhebungswellen 3 bis 7 (2008/09–2013). In: Bundesgesundheitsblatt 2016/5, S. 652-661.

Holstiege, J./Kaluscha, R./Müller, G./Jankowiak, S./Krischak, R. (2015): Langfristige Erwerbsverläufe ausgewählter Erkrankungsbilder in der psychosomatischen Rehabilitation. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Psychische Störungen – Herausforderungen für Prävention und Rehabilitation. Berlin, S. 321-323.

Hormel, U./Scherr, A. (2010): Einleitung: Diskriminierung als gesellschaftliches Phänomen. In: Hormel, U./Scherr, A. (Hrsg.): Diskriminierung. Grundlagen und Forschungsergebnisse. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 7-20.

- Hughes, B./Paterson, K. (1997): The Social Model of Disability and the Disappearing Body: towards a sociology of impairment. In: *Disability and Society* 12, S. 325-340.
- Hurrelmann, K. (2010): *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung.* Weinheim/München: Beltz Juventa.
- Jankowiak, S./Kaluscha, R./Krischak, G. (2018a): Können Hausarzt- bzw. Rehabilitandenangaben zum Rehabilitationserfolg als Indikatoren für den Nutzen der Rehabilitation dienen?. In: *Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!.* Berlin, S. 92-95
- Jankowiak, S./Kaluscha, R./Krischak, G. (2018b): Soziale Unterschiede bei der Beantragung und Inanspruchnahme von medizinischen und beruflichen Rehabilitationsleistungen. In: *Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!.* Berlin, S. 504-507.
- Jäckel, D. (2014): Was bringt psychisch Kranke in Arbeit – Fortschritte in der Arbeitsrehabilitation. In: *Schizophrenie* 2014/30, S. 23-43.
- Jungbauer-Gans, M./ Gross, C. (2009): Erklärungsansätze sozial differenzierter Gesundheitschancen. In: Richter, M./ Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven.* Wiesbaden: Springer Verlag, S. 77-98.
- Kaden, B./Vogt, T./Körper, J./Berger, D./Barth, J. (2011): Therapieassoziierte Polyneuropathien bei Patienten mit Tumorerkrankungen, Folgen für die Teilhabe am Alltag und im Beruf. In: *Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Nachhaltigkeit durch Vernetzung.* Berlin, S. 413-414.
- Kaldybajewa, K./Kruse, E. (2012): Erwerbsminderungsrenten im Spiegel der Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung – Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Männern und Frauen. In: *RVaktuell* 2012/08, S. 206-216.
- Kaluscha, R./Nübling, R./Krischak, G./Kriz, D./Martin, H./Müller, G./Renzland, J./Schmidt, J./Kaiser, U./Toepler, W. (2017a): Zusammenhänge zwischen subjektivem Reha-Nutzen und Erwerbsminderungsrente: Ergebnisse der Dreijahreskatamnese zur „Reha-QM-Outcome-Studie“ Baden-Württemberg. In: *Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung.* Berlin, S. 98-99.
- Kaluscha, R./Schmid, L./Löcherbach, P./Rexrodt, C./Toepler, E. (2017b): Abschlussbericht im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“. (https://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/reha_wissenschaften/abschlussberichte/ab_fallmanagement.html)

- Kaluscha, R./Nübling, R./Krischak, G./Kriz, D./Martin, H./Müller, G./Renzland, J./Schmidt, J./Kaiser, U./Toepler, W. (2018): Nachhaltigkeit der Rehabilitation hinsichtlich Erwerbsminderungsrente: Ergebnisse der Vierteljahreskatamnese zur „Reha-QM-Outcome-Studie“ Baden-Württemberg. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 193-195.
- Kamper, S./Apeldoorn, A./Chiarotto, A./Smeets, R./Ostelo, R./Guzman, J./Tulder, M. v. (2014) Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. In: Cochrane Database of Systematic Reviews 2014/9, S. 1-209.
- Kardorff, E. v. (2010a): Zur Diskriminierung psychisch kranker Menschen. In: Hormel, U./Scherr, A. (Hrsg.): Diskriminierung. Grundlagen und Forschungsergebnisse. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 279-305.
- Kardorff, E. v. (2010b): Soziale Netzwerke in der Rehabilitation und im Gesundheitswesen. In: Stegbauer, C./Häußling, R. (Hrsg.): Handbuch Netzwerkforschung. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 715-724.
- Kardorff, E. v. (2011a): Systematische Diskriminierung. Zur Situation psychisch kranker Menschen. In: Sozial Extra 11/12, S. 39-42.
- Kardorff, E. v. (2011b): Rehabilitation. In: Mey, G./Mruck, K. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 783-790.
- Kardorff, E. v. (2012): Stigmatisierung, Diskriminierung und Exklusion von Menschen mit Behinderungen. In: Horster, D./Moser, V. (Hrsg.): Ethik in der Behindertenpädagogik. Menschenrechte, Menschenwürde, Behinderung. Eine Grundlegung. Stuttgart: Kohlhammer, S. 118-135.
- Kardorff, E. v. (2015): „Ich bin doch nicht behindert!“ - Studierende mit chronischen Krankheiten in der Stigmatisierungsfalle (bisher unveröffentlicht). RU-Berlin: Institut für Rehabilitationswissenschaften. (http://www.studentenwerke.de/sites/default/files/ibs_ft_stud_mit_chron_krankheiten_in_stigmatisierungsfalle_kardorff.pdf)
- Kardorff, E. v. (2018a): Wege psychisch Kranker in die EM-Rente und Rückkehrperspektiven aus der EM-Rente in Arbeit: Ansatzpunkte zu frühzeitiger Intervention in biografischen und krankheitsbezogenen Verlaufskurven (WEMRE). (<https://www.reha.huberlin.de/de/lehrgebiete/rhs/forschung/wege-psychisch-kranker-in-die-em-rente-und-rueckkehrperspektiven-aus-der-em-rente-in-arbeit-ansatzpunkte-zu-fruehzeitiger-intervention-in-biografische-und-krankheitsbezogene-verlaufskurven-wemre>)
- Kardorff, E. v. (2018b): Ist Medizin-Soziologie noch zeitgemäß? In: Ohlbrecht, H./Seltrecht, A. (Hrsg.): Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 29-54.

- Kardorff, E. v./Ohlbrecht, H. (2008): Die Bedeutung der Arbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel – soziologische Anmerkungen zur beruflichen Rehabilitation. In: Mecklenburg H./Storck, J. (Hrsg.): Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 18-29.
- Kardorff, E. v./Ohlbrecht, H./Bartel, H./ Tegethoff, D. (2012): Qualitative Methoden in der Rehabilitationsforschung am Beispiel der Think Aloud Methode. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation: Flexible Antworten auf neue Herausforderungen. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 68-69.
- Kardorff, E. v./Ohlbrecht, H. (2015): Erwerbsarbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel. In: Storck, J./Plößl, I. (Hrsg.): Handbuch Arbeit. Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Köln: Psychiatrie Verlag, S.73-86.
- Kastl, J. (2010): Einführung in die Soziologie der Behinderung. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Kastl, J. (2014): Behinderung, soziale Reaktion und gesellschaftliche Erfahrung – zur Aktualität interaktionistischer und pragmatischer Analyseperspektiven. In: Kastl, J./Felkendorff, K. (Hrsg.): Behinderung, Soziologie und gesellschaftliche Erfahrung. Im Gespräch mit Güntner Cloerkes. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 141-169.
- Kastl, J./Trost, R. (2002): Integrationsfachdienste zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderung in Deutschland. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zur Arbeit der Modellprojekte des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung in 16 Bundesländern. Ludwigsburg.
- Keck, T. (2015): Alterssicherung unter veränderten gesellschaftlichen Bedingungen. In: Mühlheims, L./Hummel, K./Petres-Lange, S./Toepler, E./Schuhmann, I. (Hrsg.): Handbuch Sozialversicherungswirtschaft. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 127-137.
- Kedzia, S./Heuer, J./Gebauer, E./Horschke, A. (2011): ARentA - Erwerbsminderungsrente abgelehnt! - Was wird aus den Antragstellern? - Eine Analyse der gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Entwicklung von Antragstellern zwei Jahre nach Ablehnung des EM-Rentantrags. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation: Flexible Antworten auf neue Herausforderungen. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 280-281.
- Kemptner, D. (2013): "Health-Related Life Cycle Risks and Public Insurance", DIW Discussion Paper 1320. (http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.426032.de/dp1320.pdf)
- Kemptner, D. (2014): Erwerbsminderung als Armutsrisiko. In: DIW Roundup: Politik im Fokus 8, S. 1-4.

- Kersting, W (2008): Gerechtigkeitsethische Überlegungen zur Gesundheitsversorgung. In: Schöffski, O./ Schulenburg, J. v. (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen. Berlin: Springer-Verlag, S. 23-47.
- Kirschning, S./Kardorff, E. v. (2007): Welche Informationen suchen internetnutzende Angehörige krebskranker Frauen und Männer? Helfen die gefundenen Informationen bei der Bewältigungsarbeit? In: Medizinische Klinik 2007/102 (2), S. 136-140.
- Klein, J./Hofreuter-Gätgens, K./Knesebeck, O. v. (2014): Socioeconomic status and the utilization of health services in Germany: a systematic review. In: Janssen, C./Ladebeck, N./Lengerke, T. v. (Hrsg.): Health Care Utilization in Germany. Theory, Methodology, and Results. New York: Springer Science+Business, S. 117–143.
- Klein, J./Knesebeck, Olaf v. (2016): Soziale Einflüsse auf die gesundheitliche Versorgung. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 341-353.
- Knapp, S./Dannenmaier, J./Kaluscha, J./Krischak, G. (2018): Zusammenhänge zwischen Erwerbsbiographie und bedarfsgerechter MBOR-Zuweisung. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 124-126.
- Knoche, K./Sochert, R. (2013): Einleitung, In: Knoche, K./Sochert, R. (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. In: Iga-Report 24, S. 6-13.
- Knuth, M. (2014): Wo, bitte ist denn hier der Ausgang? Ruhestandsoptionen für gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte und Langzeitarbeitslose – Ein Beitrag zur Diskussion um die „Flexi-Rente“. In: WISO Diskurs Expertisen und Dokumentation zur Wirtschafts- und Sozialpolitik 2014/Oktobre, S. 1-40.
- Knuth, M./Kaps, P. (2014): Arbeitsmarktreformen und „Beschäftigungswunder“ in Deutschland. In: WSI-Mitteilungen 2014/3, S.173-181.
- Kobelt, A./Grosch, E./Hesse, B./Gebauer, E./Gutenbrunner, C. (2009): Wollen psychisch erkrankte Versicherte, die eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, wieder ins Erwerbsleben eingegliedert werden?. In: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 59, S. 273-280.
- Kobelt, A./Winkler, M./Göbber, J./Pfeiffer, W./Petermann, F. (2010): Hängt die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit vom Migrationsstatus ab?. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 58 (3), S. 189-197.
- Kobelt, A. (2013). Kombiniertes Fallmanagement bei psychisch erkrankten Versicherten, die eine Rente wegen voller Erwerbsminderung (VEM) erhalten. Version 1.4, Hannover:

Deutsche Rentenversicherung. Braunschweig-Hannover. Unveröffentlichtes Manuskript.

Kobelt, A./Göbber, J./Petermann, F. (2011): Die Bedarfsfrage in der Rehabilitation und die Versorgung neuer Zielgruppen. Migranten in der psychosomatischen Rehabilitation. In: Bundesgesundheitsblatt 2011/54, S. 475-481.

Kobelt, A./Winkler, M./Göbber, J./Pfeiffer, W./Petermann, F. (2013): Die sozioökonomische Schicht ist wichtiger für das Behandlungsergebnis in der psychosomatischen Rehabilitation als der Migrationshintergrund. In: Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 23, S. 353-357.

Kobelt, A./Walter, F./Geissler, N./Lid, N./Petermann, F. (2017): Ein Ampelsystem in der Beschwerdengültigkeit. Geht das? Der BEVA und der SFSS in der psychiatrischen Begutachtung. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung. Berlin, S. 113-115.

Koch, U./Buschmann-Steinhage, R. (2004): Zum Verständnis und zu den Voraussetzungen der Rehabilitationswissenschaften in Deutschland. In: Deutsche Rentenversicherung 2004/5: 263-272.

Kohte, W. (2010): Das betriebliche Eingliederungsmanagement – Ein doppelter Suchprozess. In: WSI-Mitteilungen 2010/7, S. 374-377.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2004): Anhebung der Beschäftigungsquote älterer Arbeitskräfte und des Erwerbsaustrittsalters. In: Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen (KOM) 2004/146.

Konle-Seidl, R. (2016): Integration arbeitsmarktferner Personen im Ländervergleich: Kein Patentrezept in Sicht. In: IAB-Kurzbericht 2016/1, S. 1-8.

Konle-Seidl, R./Lang, K. (2006): Von der Reduzierung zur Mobilisierung des Arbeitskräftepotenzials: Ansätze zur Integration von inaktiven und arbeitslosen Sozialleistungsbeziehern im internationalen Vergleich. In: IAB-Forschungsbericht, 2006/15, S. 1-69.

Korsukéwitz, C./Rehfeld, U. (2008): Rehabilitation und Erwerbsminderungsrenten – aktueller Stand und Entwicklungen. In: RVaktuell 2008/9, S. 274-284.

Köckerling, E./Hesse, B./Körner, M. (2018): Return to Work aus der zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrente: Erste Ergebnisse einer SUF-Auswertung. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 191-192.

- Köhler-Rama, T. (2003): Invaliditätssicherung in der gesetzlichen Sozialversicherung in Deutschland: Strukturprinzipien, Defizite und Reformansätze aus sozialrechtlicher und versicherungsökonomischer Sicht. Dissertationsarbeit: Technische Universität Darmstadt.
- Köhler-Rama, T./Lehmann, A./Viebrok, H. (2010): Vorschläge zu einer Leistungsverbesserung bei Erwerbsminderungsrenten aus der gesetzlichen Rentenversicherung. In: Zeitschrift für Sozialreform 56 (1), S. 59-84.
- Köpke, K. (2004): Nachsorge in der Rehabilitation. Eine Studie zur Optimierung von Reha-Leistungen in der Gesetzlichen Rentenversicherung. LVA Schleswig-Holstein: Lübeck/Hamburg.
- Krause, P./Ehrlich, U./Möhring, K. (2013): Erwerbsminderungsrentner: Sinkende Leistungen und wachsende Einkommensunterschiede im Alter. In: DIW Wochenbericht 2013/24, S. 1-10.
- Kress-del Bondio, J. (2018): Herausforderungen für die Alterssicherung in Deutschland. In: Hohnerlein, E./Hennion, S./Kaufmann, O. (Hrsg.): Erwerbsverlauf und sozialer Schutz in Europa. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 589-600.
- Kroll, L./Müters, S./Rattay, P./Lampert, T. (2016): Erwerbsarbeit, Familie und Gesundheit bei Männern im erwerbsfähigen Alter in Deutschland. Ergebnisse der GEDA-Studien 2009 bis 2012. In: Bundesgesundheitsblatt 2016/59, S. 932-941.
- Kuckartz, Udo (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim/Basel: Juventa.
- Kuhlmann, E. (2016): Gendersensible Perspektiven auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 183-197.
- Kunst, A. (2009): Herausforderungen bei der Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit in Europa: Ein Überblick aktueller Studien. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 367-384
- Kunze, T./Benöhr, E. (2013): Wiedereingliederung erwerbsgeminderter Rentner und Rentnerinnen ins Arbeitsleben: Das Modellprojekt „WeRA“ der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg. In: Informationsdienst Altersfragen 40 (6), S. 18-24.
- Lampert, T. (2016): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 121-139.

- Lampert, T./Mielck, A. (2008): Gesundheit und soziale Ungleichheit. Eine Herausforderung für Forschung und Politik. In: G+G Wissenschaft 8 (2), S. 7-16.
- Lampert, T./Kroll, L. (2009): Die Messung des sozioökonomischen Staus in sozialepidemiologischen Studien. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: Springer Verlag, S.309-334.
- Langbrandtner, J./Yilmaz-Aslan, Y./Aksakal, T./Brzoska, P./Razum, O./Deck, R. (2018): Versorgungserwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund in der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse einer qualitativen Längsschnittbefragung In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 508-509.
- Lautmann, R. (2011): Labeling approach. In: Fuchs-Heinritz, W./Klimke, D./Lautmann, R./Rammstedt, O./Stäheli, U./Weischer, C./Wienold, H. (Hrsg.): Lexikon zur Soziologie. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 392-392.
- Lemmer, E. (1974): Der Begriff der sekundären Devianz. In: Lüderssen, K./Sack, F. (Hrsg.): Seminar: Abweichendes Verhalten I. Die selektiven Normen der Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, S. 433-476.
- Lippke, S./Zschucke, E./Hessel, A. (2018): Zur Realität des Rückkehrwunsches: Ergebnisse einer Befragung von Versicherten mit befristeter Erwerbsminderungsrente. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 38-42.
- Lippold, K./Wögerer, K. (2015): Externe Unterstützung im BEM. In: Prümper, J./Reuter, T./Sporbert, A. (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement erfolgreich umsetzen. Ergebnisse aus einem transnationalen Projekt. Berlin, S. 93-96.
- Loss, J./Warrelmann, B./Lindacher, V. (2016): Gesundheitsförderung: Idee, Konzepte und Vorgehensweisen. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 435-451.
- Ludolph, E. (2006): Rentenbegutachtung. Minderung der Erwerbsfähigkeit. In: Trauma und Berufskrankheit 2006/8, S. 191-193.
- Mann, B. (1997). Soziologie und Public Health: zwei Disziplinen mit einem gemeinsamen Nenner? Sozialwissenschaften und Berufspraxis, 20 (3), S. 196-205.
- Markus, M./Schuler, M./Streibelt, M./Bethge, M. (2018): Liefert SIMBO im Antragsverfahren eine zuverlässige Einschätzung des MBOR-Bedarfs?. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 122-124.

- Mayring, Philipp (2010a): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Märtin, S. (2017): Materielle Absicherung bei Erwerbsminderung im Kontext der Lebensform. Eine empirische Analyse auf Basis von Befragungs- und Routinedaten. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Märtin, S./Zollmann, P./Buschmann-Steinhage, R. (2012): Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung. Projektbericht I zur Studie. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): DRV Schriften 99: Berlin.
- Märtin, S./Zollmann, P. (2013): Die gegenwärtige sozioökonomische Situation von Erwerbsminderungsrentnern und -rentnerinnen und ihren Haushalten. In: Informationsdienst Altersfragen 40 (6), S.10-16.
- Märtin, S./Zollmann, P./Buschmann-Steinhage, R. (2014): Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung. Projektbericht II zur Studie. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): DRV Schriften 105: Berlin.
- Marckmann, G. (2016): Gerechtigkeit und Gesundheit. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Verlag, S, 139-153.
- Mecke, C. (2018): Arbeit der Zukunft und Erwerbsminderung – Eine Einführung. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 56-57.
- Mecklenburg H./Storck J. (Hrsg.) (2008): Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Bonn.
- Mehrhoff, F. (2013): Das Betriebliche Eingliederungsmanagement zur Erhaltung und Stärkung der Beschäftigungsfähigkeit in Deutschland. Ein ganzheitlicher und individueller Ansatz aus Sicht der gesetzlichen Unfallversicherung. In: Knoche, K./Sochert, R. (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. Berlin, S. 20-25.
- Menzel-Begemann, A. (2013): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) nach neurologischen Erkrankungen. In: Aktuelle Neurologie 40, S. 507-512.
- Mernyi, L./Hölzle, P./Hamann, J. (2018): Berufstätigkeit und Rückkehr an den Arbeitsplatz bei stationär-psychiatrisch behandelten Personen. In: Psychiatrische Praxis 2018/45, S. 197-205.
- Mika, T. (2013): Risiken für eine Erwerbsminderung bei unterschiedlichen Berufsgruppen. In: Bundesgesundheitsblatt 2013/56, S. 391-398.

- Mika, T./ Lange, J./Stegmann, M. (2014): Erwerbsminderungsrente nach Bezug von ALG II: Auswirkungen der Reformen auf die Versicherungsbiografien. WSI-Mitteilungen 2014/4, S. 277-285.
- Minssen, H. (2012): Arbeit in der modernen Gesellschaft. Eine Einführung. Wiesbaden. Springer Verlag.
- Mittag, O. (2018): „Reha vor Rente“ in der Domäne der Rentenversicherung: Befunde zur Umsetzung. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 20-24.
- Mittag, O./Reese, C./Weel, A./Faas, J./Boer, W. (2014). Arbeitgeberverantwortung für die Wiedereingliederung kranker Arbeitnehmer: Das Modell Niederlande. In: Recht und Praxis der Rehabilitation 1, S. 67-71.
- Mittag, O./Welti, F. (2017): Vergleich der sozialen Sicherung und beruflichen Wiedereingliederung bei Erwerbsminderung in drei europäischen Ländern (Deutschland, Niederlande und Finnland). In: Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht. Fachbeitrag D2-2017, S. 1-8.
- Mondorf, S. (2018): Keine sofortige Anhebung der Zurechnungszeiten bei der Erwerbsminderungsrente. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 11.
- Mushoff, T. (2018): Psychische Erkrankung als Grund für Erwerbsminderung – Die zumutbare Willensanstrengung oder der Psyche ausgeliefert sein. Eine rechtliche Betrachtung. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 42-47.
- Müller-Fahnow, W./Greitemann, B./Radoschewski, F./Gerwin, H./Hansmeier, T. (2005). Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In: Rehabilitation, 44 (5), S. 287-296.
- Mümken, S./Brussig, M. (2013): Die Arbeitsmarktpolitik wendet sich Älteren zu. Während Wege in die Frühverrentung versperrt wurden, ist die Förderung der Älteren ausgebaut worden. In: Altersübergang-Report 2013/2, S. 1-15.
- Münstermann, L. (2014): Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Finanzierung der Erwerbsminderungsrente. In: Wirtschaftsdienst Analysen und Berichte 2014, S. 356-363.
- Nakielski, H. (2009): Die (soziale) Situation der Erwerbsgeminderten. In: Soziale Sicherheit 58 (9), S. 312-313.
- Nebe, K. (2013): Personenzentrierte Konzepte zur Erwerbsteilhabe psychisch Kranker – Effektivierungspotentiale für das BEM. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Teilhabe 2.0 - Reha neu denken?. Berlin, S. 346-347.

- Neumann, K./Reims, N./Tophoven, S. (2018): Perspektiven von Leistungserbringern: Anpassungsstrategien auf aktuelle Herausforderungen von Leistungserbringern im Kontext der beruflichen Rehabilitation. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 234-236.
- Neuner, R./Braig, S./Wexermann, M. (2011): Therapieerfolg bei orthopädischen Patienten und Frühberentungsrisiko fünf Jahre später - Ergebnisse einer prospektiven Langzeitstudie. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Nachhaltigkeit durch Vernetzung. Berlin, S. 318-319.
- Nettleton, S. (2013): The sociology of health and illness. Cambridge: Polity Press.
- Niehaus, M./Marfels, B./Vater, G./Magin, J./Werkstetter, E. (2008): Betriebliches Eingliederungsmanagement: Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX. Forschungsbericht. Köln: Universität Köln.
- Nieuwenhuijsen, K./Faber, B./Verbeek, J./Neumeyer-Gromen, A./Hees, H./Verhoeven, A./van der Feltz-Cornelis, C./Bültmann, U. (2014): Interventions to improve return to work in depressed people. In: Cochrane Database of Systematic Reviews 12, S. 1-140.
- Noeres, D./Geyer, S. (2018): „Rückkehr zur Erwerbsarbeit nach Brustkrebs: Eine prospektive, multizentrische Studie zur Verbesserung der Reintegration ins Erwerbsleben. (https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/03_reha_wissenschaften/03a_forschungsprojekte/projekte/laufend/einzelprojekte_noeres_geyer_Mamma_RTW.html)
- Nürnberg, I. (2009): Erwerbsgeminderte besser absichern! Notwendige Reform der Erwerbsminderungsrenten. In: Soziale Sicherheit 58(3), S. 85-92.
- Ohlbrecht, H. (2016): Die qualitative Analyse von Gesundheit und Krankheit. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 71-89.
- Ohlbrecht, H. (2018): Arbeitswelt und Gesundheit: Ein gesundheitssoziologischer Blick auf die Herausforderungen der Arbeitswelt 4.0. In: Ohlbrecht, H./Seltrecht, A. (Hrsg.): Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 117-138.
- Ohlbrecht, H./Seltrecht, A. (2018): Einleitung. In: Ohlbrecht, H./Seltrecht, A. (Hrsg.): Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik. Wiesbaden: Springer Verlag, S.7-28.
- Ohlbrecht, H./Detka, C./Kuczyk, S./Lange, B. (2018): Return to Work und Stay at Work – Die Frage nach einem gelingenden betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement. In: Die Rehabilitation 57 (3), S. 157-164.

- Oppermann, D. (2012): Abschläge auf Erwerbsminderungsrenten. Eine Diskriminierung behinderter Menschen?. In: Soziale Sicherheit 61(8/9), S. 314-317.
- Orde, A./Schott, T. v. (2003): ZOBRA – Zielorientierte Beratung zur Rückkehr zur Arbeit – Erste Ergebnisse aus einem Forschungsprojekt zur Optimierung der beruflichen Reintegration nach kardiologischer Rehabilitation. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Rehabilitation im Gesundheitssystem. 12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Berlin/Frankfurt am Main: VDR, S. 302-304.
- Otto, S. (2018): Arbeiten trotz Krebserkrankung. Hilfreiche Tipps für neue Herausforderungen. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Peter, T. (2012): Die Schere zwischen arm und gesund: Soziale Ursachen von Gesundheit und Krankheit in Deutschland. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Peters-Lange, S. (2018): Arbeit der Zukunft und Erwerbsminderung. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 66-69.
- Pethran, Angelika/Steger, A./Fruhmann, G (1999): Erwerbs- und Berufsunfähigkeit - Medizinische Fachgutachten in Sozialgerichtsprozessen und deren verfahrensabschlieende Ergebnisse. In: Der medizinische Sachverständige 1999/3, S. 82-85.
- Pieper, M./Mohammadi, J. (2014): Partizipation mehrfach diskriminierter Menschen am Arbeitsmarkt. Ableism und Rassismus – Barrieren des Zugangs. In: Wansing, G./Westphal, M. (Hrsg.): Behinderung und Migration. Inklusion, Diversität, Intersektionalität. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 221-252.
- Prümper, J./Reuter, T. (2015): Herausforderungen für das BEM – demografischer Wandel und psychische Störungen. In: Prümper, J./Reuter, T./Sporbert, Al. (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement erfolgreich umsetzen. Ergebnisse aus einem transnationalen Projekt. Berlin, S. 16-22.
- Radoschewski, F./Höhne, S./Streibelt, M. (2012): die Leistungsfähigkeit als Prädiktor für Erwerbsminderungsrenten. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation: Flexible Antworten auf neue Herausforderungen. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 281-283.
- Razum, O./Brzoska, P. (2017): Rehabilitation und Migration: Zugang, Wirksamkeit, Herausforderungen In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung. Berlin, S. 27-29.
- Rehfeld, U. (2006): Gesundheitsbedingte Frühberentung. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Reiche, R. (2008): Gesellschaftliche Anforderungen an die geriatrische Rehabilitation unter Berücksichtigung der Tätigkeitsfelder von Soziologinnen und Soziologen in der berufli-

- chen und sozialen Rehabilitation. In: Sozialwissenschaften und Berufspraxis 31 (1), S. 153-158.
- Reichert, J. (2014): Empirische Sozialforschung und soziologische Theorie. In: Baur, N./Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer, S. 65-81
- Reimann, A. (2003): Das Verhältnis von Prävention, Rehabilitation und Erwerbsminderungsrenten nach neuem Recht. In: Zeitschrift für Sozialreform 49 (3), S. 461-473.
- Reims, N./Nivorozhkin, A./Tophoven, S. (2017): Berufliche Rehabilitation zielt auf Prävention und passgenaue Förderung. In: IAB-Kurzbericht 2017/25, S. 1-8.
- Richter, D. (2010): Exklusionsmechanismen in der modernen Gesellschaft. In: Kerbe Forum für Sozialpsychiatrie 28 (2), S. 8-10.
- Richter, D./Eikermann, B./Reker, T. (2006): Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. In: Gesundheitswesen 2006/68, S. 704-707.
- Richter, C./Mau, W./Spanier, K./Radoschewski, F.M./Bethge, M./Mattukat, K. (2018): Prädiktoren subjektiver Rehabilitationsbedürftigkeit bei Männern und Frauen mit erhöhtem Risiko für eine vorzeitige Erwerbsminderungsrente. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 226-228.
- Richter, M./Hurrelmann, K. (2016): Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 3-19.
- Riedel, H./Ellger-Rüttgardt, S./Karbe, H./Niehaus, M./Rauch, A./Schian, M./Schmidt, C./Schott, T./Schröder, H./Spijkers, W./Wittwer, U. (2009): Die Zukunft der beruflichen Rehabilitation Erwachsener gestalten: Acht Handlungsfelder als Ausgangspunkt für einen akteursübergreifenden Innovationsprozess. In: Rehabilitation, 2009/48, S. 375-382.
- Riedl, G./Haase, I./Birkholz, B./Schäfer, F./Schäfer, A./Zellner, M. (2002): Effektivität und Effizienz einer Zusammenarbeit von Rehabilitationsklinik und betriebsärztlichem Dienst. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): 11. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Berlin/Frankfurt am Main, S. 226-227.
- Rische, H. (2010): Die Absicherung des Erwerbsminderungsrisikos – Handlungsbedarf und Reformoptionen. In: RVaktuell 2010/1, S. 1-9.
- Roller, S. (2018): Chronische Schmerzen und Erwerbsminderung – verwaltungs- und prozessrechtliche Fragen. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 51-56.

- Roski, C./Romppel, M./Grande, G. (2017): Risikofaktoren der Erwerbsminderungsberentung aufgrund psychischer Erkrankungen – Eine systematische Übersichtsarbeit. In: Gesundheitswesen 2017/79, S. 472-483.
- Rückert, C. (2018): Bewegung im Tätigkeitssystem! Erkenntnisse aus der Untersuchung des Tätigkeitssystems junger Erwachsener in der beruflichen Rehabilitation. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 214-216.
- Salzwedel, A./Heilder, M./Wegscheider, K./Haubold, K. (2017): Abschlussbericht zum Forschungsprojekt „Kognitive Defizite bei kardiologischen Rehabilitanden: Prävalenz und Auswirkungen auf den Rehabilitationserfolg und die berufliche Wiedereingliederung (CoCaRehab)“ (http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=2017-01_Abschlussbericht_CoCaRehab_final.pdf)
- Schäfer, I. (2018): Keine sofortige Anhebung der Zurechnungszeiten bei der Erwerbsminderungsrente. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 9-11.
- Schäfers, M./Wansing, G./Welti, F. (Hrsg.) (2018): Das Recht auf Arbeit für Menschen mit Behinderung. Internationale Perspektiven. Baden-Baden: Nomos.
- Scherr, A. (2010): In: Diskriminierung und soziale Ungleichheiten. Erfordernisse und Perspektiven einer ungleichheitsanalytischen Fundierung von Diskriminierungsforschung und Antidiskriminierungsstrategien. In: Hormel, U./Scherr, A. (Hrsg.): Diskriminierung. Grundlagen und Forschungsergebnisse. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 35-60.
- Schewe, P. (2017): Ratgeber Erwerbsminderungsrente. Zuverlässiger Wegweiser und Praxishilfe für Versicherte. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Schian, H./Gagel, A./Landau, K./Laschet, U. (2004): Erwerbsminderung – Bedeutung und Vermeidung: Auszüge aus dem von Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) geförderten Projekt „Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderungsrente (PRVE). Köln.
- Schmidt, C./Froböse, I./Schian, H. (2006): Berufliche Rehabilitation in Bewegung – Herausforderungen und Perspektiven. In: Rehabilitation 2006/45, S. 194-202.
- Schmidt, C./Bernet, S. (2016): Einfluss psychischer Komorbiditäten auf eine EM-Berentung nach einer medizinischen Rehabilitation – Vergleich von Risikofaktoren bei chronischem Rückenschmerz. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Gesundheitssystem im Wandel - Perspektiven der Rehabilitation. Berlin, S. 354-356.

- Schnabel, R. (2014): Rentenpolitik: Wiedereinstieg in die Frühverrentung. Duisburg Essen: Universität Duisburg Essen.
- Schnabel, R. (2015): Das Rentenpaket 2014 – eine ökonomische Beurteilung. In: Wirtschaftsdienst Sonderheft 2015, S. 22-27.
- Schramme, T. (2003): Psychische Behinderung: Natürliches Phänomen oder soziales Konstrukt?. In: Cloerkes, G. (Hrsg.): Wie man behindert. Texte zur Konstruktion einer sozialen Rolle und zur Lebenssituation betroffener Menschen. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Schröer, L. (2016): Erwerbsminderungsrenten in der Krankenpflege: Erklärungsansätze und Handlungsempfehlungen. In: Forschung Aktuell Institut Arbeit und Technik (IAT) 2016/1, S. 1-23.
- Schubert, M./Behrens, J./Höhne, A./Schaepe, C./Zimmermann, M. (2006): Erwerbsminderungsrenten wegen verschlossenem Arbeitsmarkt – der Arbeitsmarkt als Frühberentungsgrund. In: DRV-Schriftenband 2006/55, S. 237-256.
- Schütte, M./Köper, B. (2013): Veränderung der Arbeit. In: Bundesgesundheitsblatt 2013/56m S. 422-429.
- Schwarz, B. (2018): Rückkehr zur Arbeit nach einer psychischen Krise – Vernetzung von betrieblichen und klinischen Akteuren im Return to Work-Prozess. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung. Dortmund/Berlin/Dresden, S. 53-55.
- Schwarze, M./Ehlebracht-König, I./Kobelt, A./Rodewald, J./Gutenbrunner, C./Miede, J. (2014): Strategisches Konzept für ein berufliches (Re-)Integrationsmanagement der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover. Hannover.
- Seel, H. (2013): Praxis und Perspektiven des Betrieblichen Eingliederungsmanagements aus Sicht der Integrationsämter. In: Knoche, K./Sochert, R. (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. Berlin, S. 30-35.
- Siegrist, J. (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist, J. (2005): Medizinische Soziologie. München/Jena: Urban & Fischer.
- Slesina, W. (2008): Soziologische Aspekte der medizinischen Rehabilitation. In: Gesundheitswesen 2008/70, S. 329-338.
- Sozialgesetzbuch VI (SGB VI): Gesetzliche Rentenversicherung: §43 Rente wegen Erwerbsminderung.

- Spanier, K./Michel, E./Peters, E./Radoschewski, F./Bethge, M. (2017): Screening nach Teilhabersiken mit administrativ verfügbaren Daten: Der Risikoindex Erwerbsminderungsrente. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung. Berlin, S. 78-80.
- Spanier, K./Bethge, M. (2018): Eine webbasierte Intervention zur Förderung von Anträgen zur medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 117-119.
- Sperlich, S. (2016): Handlungstheoretische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 41-55.
- Spyra, K. (2018): Berufsbegleitende Prävention in kleinen und mittleren Unternehmen: eine explorative Studie in Berlin und Brandenburg. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 257-259.
- Stapel, M./Weisenburger, R. (2018): Fachkräftemangel und chronische Krankheit – Wie Großbetriebe, Mitarbeiter, Leistungsträger und -erbringer in Rheinland-Pfalz Vernetzung leben. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 263-265.
- Statisches Bundesamt (Destatis) (2017): Statistisches Jahrbuch 2017. Zwickau: Westermann Druck.
- Steinmeyer, H. (2015): Die deutsche Sozialversicherung im Überblick. In: Mülheims, L./Hummel, K./Petres-Lange, S./Toepler, E./Schuhmann, I. (Hrsg.): Handbuch Sozialversicherungswirtschaft. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 15-24.
- Steffen, J. (2013): Erwerbsminderungsrenten im Sinkflug. Ursachen und Handlungsoptionen. In: Portal Sozialpolitik 2013/5, S. 1-9.
- Stengler, K./Riedel-Heller, S./Becker, Z. (2014): Berufliche Rehabilitation bei schweren psychischen Erkrankungen. In: Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie 2014/4, S. 287-297.
- Sternberg, A./Bethge, M. (2018): Hinderliche und förderliche Faktoren individueller Verläufe von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus Betroffenenperspektive. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 238-239.

- Sternberger-Frey, B. (2014): Invalidität als Armutsrisiko – können private Berufsunfähigkeitsrenten die Versorgungslücken schließen? Analyseergebnisse einer unabhängigen Testorganisation. In: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 83 (3), S. 113-127.
- Strahl, A./Rose, A./Brüggemann, S./Vogel, H. (2016): Systematische Literaturrecherche zur sozialmedizinischen Begutachtung bei Erwerbsminderungsrenten und Reha-Zugang. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Gesundheitssystem im Wandel - Perspektiven der Rehabilitation. Berlin, S. 106-108.
- Strauss, A. (1998): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Paderborn: Wilhelm Fink Verlag.
- Strübing, J. (2014): Grounded Theory und Theoretical Sampling. In: Baur, N./Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 457-473.
- Sundmacher, L. (2016): Regionale Variationen in der Gesundheit und Gesundheitsversorgung. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 197-211.
- Vater, G./Niehaus, M. (2013): Das Betriebliche Eingliederungsmanagement: Umsetzung und Wirksamkeit aus wissenschaftlicher Perspektive. In: Knoche, K./Sochert, R. (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. Berlin, S. 13-20.
- Viebrok, H. (2004): Absicherung bei Erwerbsminderung. Expertise für die Sachverständigenkommission für den fünften Altenbericht der Bundesregierung. Bremen.
- Vogel, H./Strahl, A./Gerlich, C./Wolf, H./Mai, H./Gehrke, J. (2013): Qualitätssicherungsverfahren der sozialmedizinischen Begutachtung der Deutschen Rentenversicherung Bund mittels des Peer Review-Verfahrens. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Teilhabe 2.0 - Reha neu denken?. Berlin, S. 320-322.
- Vonderach, G. (1997): Lebensgeschichte und berufliche Rehabilitation. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmark- und Berufsforschung 1997/2, S. 374-382.
- Sacksofsky, U. (2010): Mittelbare Diskriminierung und das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz. Expertise für die Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Berlin.
- Schulz-Weidner, W. (2018): Langlebigkeit und Erwerbsverlauf. Perspektiven für eine gemeinsame europäische Alterssicherungspolitik. In: Hohnerlein, E./Hennion, S./Kaufmann, O. (Hrsg.): Erwerbsverlauf und sozialer Schutz in Europa. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 65-83.

- Schuler-Harms, M. (2018): Von der Invalidenrente zur Erwerbsminderungsrente. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 1-6.
- Thiede, R. (2018): Sind die heutigen Regelungen zur Erwerbsminderungsrente noch zeitgemäß? In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 7-9.
- Wacker, E. (2016): Beeinträchtigung – Behinderung – Teilhabe für alle. Neue Berichterstattung der Bundesregierung zur Teilhabe im Licht der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen. In: Bundesgesundheitsblatt 2016/59, S. 1093-1102.
- Waldschmidt, A. (2005): Disability Studies: individuelles, soziales und/oder kulturelles Modell von Behinderung? In: Psychologie und Gesellschaftskritik 29 (I), S. 9-31.
- Waldschmidt, A. (2006): „Wir Normalen“ - „die Behinderten“? Erving Goffman meets Michel Foucault. In: Rehberg, K. (Hrsg.): Die Natur der Gesellschaft: Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006. Teilband 1 u. 2. Frankfurt am Main: Campus Verlag, S. 5799-5809.
- Waldschmidt, A. (2011): Symbolische Gewalt, Normalisierungsdispositiv und/oder Stigma? Soziologie der Behinderung im Anschluss an Goffman, Foucault und Bourdieu. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 2011/36, S. 89-106.
- Waldschmidt, A. (2012): (Körper-)Behinderung als soziales Problem. In: Albrecht, G./Groenmeyer, A.(Hrsg.): Handbuch soziale Probleme. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 716-751.
- Waldschmidt, A./Schneider, W. (2007): Disability Studies und Soziologie der Behinderung. Kultursoziologische Grenzgänge - eine Einführung. In: Waldschmidt, A./Schneider, W. (Hrsg.): Disability Studies, Kultursoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld. Köln/ Augsburg: Transcript, S. 9-31.
- Walser, C. (2008): Berufliche Reintegration im niederländischen Recht: Aktivierung der (teilweise) Erwerbsunfähigen und besondere Verantwortlichkeit des Arbeitgebers. In: Zeitschrift für die sozialrechtliche Praxis 47 (4), S. 195-200.
- Walwei, U. (2018): Arbeit der Zukunft und Erwerbsminderung.. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 58-62.
- Weber, E. (2015): Mehr Erwerbsbeteiligung statt verpflichtender Frührente. In: Ökonomenstimme. (<http://oekonomenstimme.org/a/>)
- Weisser, J. (2005): Behinderung, Ungleichheit und Bildung. Eine Theorie der Behinderung. Bielefeld: Transcript.

- Welti, F./Groskreutz, H. (2013): Soziales Recht zum Ausgleich von Erwerbsminderung. Reformoptionen für Präventionen, Rehabilitation und soziale Sicherung bei Erwerbsminderung. Arbeitspapier 295. Düsseldorf.
- Weyermann, M./Neukirch, B. (2016): Nicht-Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen vor der Erwerbsminderungsrente bei chronischen unspezifischen Rückenschmerzen – Prävalenz und soziodemografische Einflussfaktoren zwischen 2003 und 2013. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Gesundheitssystem im Wandel - Perspektiven der Rehabilitation. Berlin, S. 129-130.
- Zielke, M. (2013): Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen und demographische Entwicklung. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Teilhabe 2.0 - Reha neu denken?. Berlin, S. 327-328.
- Zielke, M. (2014): Erwerbsminderungsrenten infolge psychischer Erkrankungen Epidemiologische Forschung zwischen wissenschaftlichem Anspruch und Augenscheinplausibilität. In: Psychotherapie aktuell 2014/59, S. 323-328.
- Zollmann, P./Schliehe, F. (2003): Rehabilitation und Wiedereingliederung im demographischen Wandel. In: Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2002. Demographischer Wandel: Herausforderung für die betriebliche Personal- und Gesundheitspolitik. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Heidelberg: Springer Verlag, S. 185-199.
- Zollmann, P./Märtin, S. (2013): Gravierender Rückgang der versicherungspflichtigen Entgelte in den Jahren vor Zugang in die Erwerbsminderungsrente. Ergebnisse des Projekts „Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung“ der Deutschen Rentenversicherung Bund. In: RVaktuell 2013/8, S. 187-196.
- Zschucke E./Hessel A./Lippke S. (2016): Befristete Erwerbsminderungsrente aus Sicht der Betroffenen: subjektiver Gesundheitszustand, Rehabilitationserfahrungen und Pläne zur Rückkehr ins Erwerbsleben. In: Rehabilitation 2016/55, S. 223–229.
- Zschucke, E./Lippke, S./Hessel, A. (2017): Erwerbsminderungsrente und Rückkehr ins Erwerbsleben aus Sicht der Betroffenen. In: Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht. Fachbeitrag D15-2017.
- Zwingmann, C./Gehrke, J. (2010): Selbsteinschätzungsbogen zum Leistungsantrag: Überprüfung der Verständlichkeit mit der Fokusgruppen-Methode. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Qualität in der Rehabilitation - Management, Praxis, Forschung. Berlin, S. 312-313.

Abbildungen

Abb. 1: aus Schwarze et al. 2014: 23.

Abb. 2: aus Kunze/Benöhr 2013: 20, verändert durch Autor.

Abb. 3: aus Kress-del Bondio 2018: 596.

Abb. 4: aus Jungbauer-Gans/Gross 2009: 91, verändert durch Autor.

Abb. 5: aus Bartel 2018b: 147.

Abb. 6: aus: Lampert 2016: 128.

Abb. 7: aus: Kemptner 2014: 2, gering verändert durch Autor.

Abb. 8: aus: Schian et al. 2004: 7, gering verändert durch Autor.

Abb. 9: aus: Mittag/Welti 2017: 5, gering verändert durch Autor

.

8: Anhang: Thematisch gegliedertes Literaturverzeichnis des EM-Rentenforschungsstands

1. Rehabilitationsforschung und -wissenschaft.....	182
2. Rechtswissenschaftliche Studien.....	187
3. (Sozial)Politische Studien.....	190
4. Ökonomische Studien.....	191
5. Sozialwissenschaftliche Studien.....	193
6. Ungleichheit im EM-Rentengeschehen.....	197
7. Arbeitsmarkt(re)integration.....	198
8. Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) und stufenweise Wiedereingliederung.....	201
9. Psychische Erkrankungen.....	202
10. Sozioökonomische Situation von EM-RentnerInnen.....	203

1. Rehabilitationsforschung und -wissenschaft

Bahmer, J./Meisel, S./Horschke, A. (2012): Projekt zur Erfassung der Einflussfaktoren auf die gutachterliche Leistungsbeurteilung im Antragsverfahren auf Erwerbsminderungsrente ("PEgL") - Ergebnisse einer Online-Studie der Begutachtungsforschung im Indikationsbereich Orthopädie. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation: Flexible Antworten auf neue Herausforderungen. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 287-288.

Bartel, S. (2018a): Exit from Work. Gesundheitsbedingte Ausstiegs- und Neuorientierung im Erwerbsleben. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 242-243.

Becker, J./Gerzymisch, K./Beutel, M./Zwerenz, R. (2014): Entwicklung und Evaluation einer indikationsübergreifenden internetbasierten Nachsorgemaßnahme zur Verbesserung der beruflichen Reintegration (GSA-Online). Abschlussbericht.

Berghem, S. (2017): Was pneumologisch Kranke von der Rehabilitation erwarten. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung. Berlin, S. 388-389.

Bethge, M./Radoschewski, F./Spyra, K./Streibelt, M./Egner, U. (2011): Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR): Eine prozessdatenbasierte Fall-Kontroll-Studie mit 8.500 Männer und 8.405 Frauen. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 20. Rehabilitati-

- onswissenschaftliches Kolloquium. Nachhaltigkeit durch Vernetzung. Berlin, S. 137-140.
- Bethge, M./Spanier, K./Peters, E./Michel, E./Radoschewski, M. (2013): Self-Reported Work Ability Predicts Rehabilitation Measures, Disability Pensions, Other Welfare Benefits, and Work Participation: Longitudinal Findings from a Sample of German Employees. In: *Journal of Occupational Rehabilitation* 23 (3), S. 309-426.
- Bethge, M./Spanier, K./Peters, E./Schlumbohm, A./Radoschewski, F. (2018): Work Ability und vorzeitiger Erwerbsausstieg. In: *Deutsche Rentenversicherung* (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. *Rehabilitation bewegt!*. Berlin, S. 219-221.
- Briest, J. (2018a): Lebensqualität, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Motivation zur Rückkehr ins Erwerbsleben bei zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrentnern. In: *Deutsche Rentenversicherung* (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. *Rehabilitation bewegt!*. Berlin, S. 186-188.
- Brussig, M. (2018): Zur Organisation sozialmedizinischer Gutachten im Erwerbsminderungsverfahren. In: *Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht*. Fachbeitrag C4-2018, S. 1-7.
- Bürger, W./Deck, R. (2009): SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. In: *Rehabilitation* 48 (4), S. 211-221.
- Dannenmaier, J./Kaluscha, R./Krischak, G. (2018): Was bewirkt Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen?. In: *Deutsche Rentenversicherung* (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. *Rehabilitation bewegt!*. Berlin, S. 338-340.
- Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (2008): DVSG-Positionspapier Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation.
- Dillbahner, A. (2015): Die Rolle von Betriebsärzten in der Rehabilitation – Teil 1. Schwerpunkt: Betriebsärzte und betriebliches Eingliederungsmanagement. In: *Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht* Fachbeitrag Forum C 2015/8.
- Dittmann, R. (2018a): Erwerbsminderungsrenten – Ergebnis gescheiterter Biographien oder gescheiterter Institutionen?. In: *Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht* Fachbeitrag D9-2018.
- Dragano, N. (2007): *Arbeit, Stress und krankheitsbedingte Frührenten. Zusammenhänge aus theoretischer und empirischer Sicht*. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Edén, L./Andersson, I./Ejlertsson, G./Ekström, B./Johansson, Y./Leden, I./Pettersson, J. (2006): (2006): Return to work still possible after several years as a disability pensioner

due to musculoskeletal disorders: A population-based study after new legislation in Sweden permitting "Resting disability pension". In: *Work* 26 (2), S. 147-155.

Erhart, M./Wille, N./Ravens-Sieberer, U. (2009): Die Messung der subjektiven Gesundheit: Stand der Forschung und Herausforderungen. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 335-352.

Gehrke, J. (2018): Qualitätssicherung von Gutachten bei Erwerbsminderungsrenten: Ergebnisse aus einem bundesweiten Verfahren zur Erwerbsfähigkeit und Störungsbildern. In: *Deutsche Rentenversicherung* (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. *Rehabilitation bewegt!*. Berlin, S. 109-110.

Gehrke, J./Müller-Gamn, A. (2014): Die Nachvollziehbarkeit von sozialmedizinischen Gutachten bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrente: Ergebnisse einer Inhaltsanalyse von Gutachtenmängeln. In: *Deutsche Rentenversicherung* (Hrsg.): 23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. *Arbeit - Gesundheit - Rehabilitation*. Berlin, S. 317-318.

Hagen, C./Kurth, B. (2007): Gesundheit von Kindern alleinerziehender Mütter. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ)* 42, S. 25-31.

Harling, M./Schablon, A./Nienhaus, A. (2010): Abgeschlossene medizinische Rehabilitationen und Erwerbsminderungsrenten bei Pflegepersonal im Vergleich zu anderen Berufsgruppen. In: *DRV-Schriften Band 55*, S. 72-85.

Hennemann, S./Thukral, J./Witthöft, M./Beutel, M. E./Bethge, M./Zwerenz, R. (2017): Internetbasierte Interventionen bei beruflicher Belastung: Akzeptanz und Barrieren bei Versicherten mit erhöhtem Erwerbsminderungsrisiko. In: *Deutsche Rentenversicherung* (Hrsg.): 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. *Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung*. Berlin, S. 210-212.

Heuer, K./Kedzia, S./Horschke, A. (2012): Reha muss passen! Arbeitsplatzorientierte Optimierung der Kooperation zwischen Rehabilitationsklinik und kleinen und mittleren Betrieben (KoRB2). In: *Deutsche Rentenversicherung* (Hrsg.): 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. *Rehabilitation: Flexible Antworten auf neue Herausforderungen*. *Rehabilitation bewegt!*. Berlin, S. 190-192.

Jankowiak, S./Kaluscha, R./Krischak, G. (2018a): Können Hausarzt- bzw. Rehabilitandenangaben zum Rehabilitationserfolg als Indikatoren für den Nutzen der Rehabilitation dienen?. In: *Deutsche Rentenversicherung* (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. *Rehabilitation bewegt!*. Berlin, S. 92-95.

Kaden, B./Vogt, T./Körper, J./Berger, D./Barth, J. (2011): Therapieassoziierte Polyneuropathien bei Patienten mit Tumorerkrankungen, Folgen für die Teilhabe am Alltag und im

- Beruf. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Nachhaltigkeit durch Vernetzung. Berlin, S. 413-414.
- Kedzia, S./Heuer, J./Gebauer, E./Horschke, A. (2011): ARentA - Erwerbsminderungsrente abgelehnt! - Was wird aus den Antragstellern? - Eine Analyse der gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Entwicklung von Antragstellern zwei Jahre nach Ablehnung des EM-Rentantrags. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation: Flexible Antworten auf neue Herausforderungen. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 280-281.
- Kaldybajewa, K./Kruse, E. (2012): Erwerbsminderungsrenten im Spiegel der Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung – Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Männern und Frauen. In: RVaktuell 2012/08, S. 206-216.
- Kaluscha, R./Nübling, R./Krischak, G./Kriz, D./Martin, H./Müller, G./Renzland, J./Schmidt, J./Kaiser, U./Toepler, W. (2017a): Zusammenhänge zwischen subjektivem Reha-Nutzen und Erwerbsminderungsrente: Ergebnisse der Dreijahreskatamnese zur „Reha-QM-Outcome-Studie“ Baden-Württemberg. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung. Berlin, S. 98-99.
- Kaluscha, R./Nübling, R./Krischak, G./Kriz, D./Martin, H./Müller, G./Renzland, J./Schmidt, J./Kaiser, U./Toepler, W. (2018): Nachhaltigkeit der Rehabilitation hinsichtlich Erwerbsminderungsrente: Ergebnisse der Vierteljahreskatamnese zur „Reha-QM-Outcome-Studie“ Baden-Württemberg. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 193-195.
- Kamper S./Apeldoorn, A./Chiarotto, A./Smeets, R./Ostelo, R./Guzman, J./Tulder, M. v. (2014) Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. In: Cochrane Database of Systematic Reviews 2014/9, S. 1-209.
- Kirschning, S./Kardorff, E. v. (2007): Welche Informationen suchen internetnutzende Angehörige krebskranker Frauen und Männer? Helfen die gefundenen Informationen bei der Bewältigungsarbeit? In: Medizinische Klinik 2007/102 (2), S. 136-140.
- Knapp, S./Dannenmaier, J./Kaluscha, J./Krischak, G. (2018): Zusammenhänge zwischen Erwerbsbiographie und bedarfsgerechter MBOR-Zuweisung. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 124-126.
- Kobelt, A./Winkler, M./Göbber, J./Pfeiffer, W./Petermann, F. (2010): Hängt die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit vom Migrationsstatus ab?. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 58 (3), S. 189-197.

- Kobelt, A./Göbber, J./Petermann, F. (2011): Die Bedarfsfrage in der Rehabilitation und die Versorgung neuer Zielgruppen. Migranten in der psychosomatischen Rehabilitation. In: Bundesgesundheitsblatt 2011/54, S. 475-481.
- Kobelt, A./Walter, F./Geissler, N./Lid, N./Petermann, F. (2017): Ein Ampelsystem in der Beschwerdenuvalidierung. Geht das? Der BEVA und der SFSS in der psychiatrischen Begutachtung. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung. Berlin, S. 113-115.
- Koch, U./Buschmann-Steinhage, R. (2004): Zum Verständnis und zu den Voraussetzungen der Rehabilitationswissenschaften in Deutschland. In: Deutsche Rentenversicherung 2004/5: 263-272.
- Köpke, K. (2004): Nachsorge in der Rehabilitation. Eine Studie zur Optimierung von Reha-Leistungen in der Gesetzlichen Rentenversicherung. LVA Schleswig-Holstein: Lübeck/Hamburg.
- Kroll, L./Müters, S./Rattay, P./Lampert, T. (2016): Erwerbsarbeit, Familie und Gesundheit bei Männern im erwerbsfähigen Alter in Deutschland. Ergebnisse der GEDA-Studien 2009 bis 2012. In: Bundesgesundheitsblatt 2016/59, S. 932-941.
- Langbrandtner, J./Yilmaz-Aslan, Y./Aksakal, T./Brzoska, P./Razum, O./Deck, R. (2018): Versorgungserwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund in der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse einer qualitativen Längsschnittbefragung In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 508-509.
- Ludolph, E. (2006): Rentenbegutachtung. Minderung der Erwerbsfähigkeit. In: Trauma und Berufskrankheit 2006/8, S. 191-193.
- Markus, M./Schuler, M./Streibelt, M./Bethge, M. (2018): Liefert SIMBO im Antragsverfahren eine zuverlässige Einschätzung des MBOR-Bedarfs?. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 122-124.
- Menzel-Begemann, A. (2013): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) nach neurologischen Erkrankungen. In: Aktuelle Neurologie 40, S. 507-512.
- Mernyi, L./Hölzle, P./Hamann, J. (2018): Berufstätigkeit und Rückkehr an den Arbeitsplatz bei stationär-psychiatrisch behandelten Personen. In: Psychiatrische Praxis 2018/45, S. 197-205.
- Mika, T. (2013): Risiken für eine Erwerbsminderung bei unterschiedlichen Berufsgruppen. In: Bundesgesundheitsblatt 2013/56, S. 391-398.

- Müller-Fahnow, W./Greitemann, B./Radoschewski, F./Gerwin, H./Hansmeier, T. (2005): Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In: Rehabilitation, 44 (5), S. 287-296.
- Neumann, K./Reims, N./Tophoven, S. (2018): Perspektiven von Leistungserbringern: Anpassungsstrategien auf aktuelle Herausforderungen von Leistungserbringern im Kontext der beruflichen Rehabilitation. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 234-236.
- Neuner, R./Braig, S./Wexermann, M. (2011): Therapieerfolg bei orthopädischen Patienten und Frühberentungsrisiko fünf Jahre später. Ergebnisse einer prospektiven Langzeitstudie. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Nachhaltigkeit durch Vernetzung. Berlin, S. 318-319.
- Nieuwenhuijsen, K./Faber, B./Verbeek, J./Neumeyer-Gromen, A./Hees, H./Verhoeven, A./van der Feltz-Cornelis, C./Bültmann, U. (2014): Interventions to improve return to work in depressed people. In: Cochrane Database of Systematic Reviews 12, S. 1-140.
- Otto, S. (2018): Arbeiten trotz Krebserkrankung. Hilfreiche Tipps für neue Herausforderungen. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Prümper, J./Reuter, T. (2015): Herausforderungen für das BEM – demografischer Wandel und psychische Störungen. In: Prümper, J./Reuter, T./Sporbert, Al. (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement erfolgreich umsetzen. Ergebnisse aus einem transnationalen Projekt. Berlin, S. 16-22.
- Radoschewski, F./Höhne, S./Streibelt, M. (2012): Die Leistungsfähigkeit als Prädiktor für Erwerbsminderungsrenten. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation: Flexible Antworten auf neue Herausforderungen. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 281-283.
- Rehfeld, U. (2006): Gesundheitsbedingte Frühberentung. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Richter, C./Mau, W./Spanier, K./Radoschewski, F.M./Bethge, M./Mattukat, K. (2018): Prädiktoren subjektiver Rehabilitationsbedürftigkeit bei Männern und Frauen mit erhöhtem Risiko für eine vorzeitige Erwerbsminderungsrente. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 226-228.

2. Rechtswissenschaftliche Studien

- Aurich-Beerheide, P./Brussig, M./Schwarzkopf, M. (2018): Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten. Stuttgart.

- Banafsche, M. (2018): (Re-)Integration älterer Arbeitsloser in Deutschland im Zusammenspiel der sozialen Sicherungssysteme. In: Hohnerlein, E./Hennion, S./Kaufmann, O. (Hrsg.): Erwerbsverlauf und sozialer Schutz in Europa. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 401-422.
- Bieback, K. (2013): Abstimmung zwischen Altersrenten, Schutz bei Erwerbsminderung und Arbeitslosigkeit. In: Deutscher Sozialrechtsverband (Hrsg.): Sozialrecht für ein längeres Leben. Berlin, S. 9-13.
- Brussig, M. (2018a): Die aktivierenden Elemente der Erwerbsminderungsrente. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 12-13.
- Deinert, O. (2018): Befristete Erwerbsminderungsrente und dann ...? In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 30-33.
- Drechsel-Schlund, C./Kranig, A. (2015): Begutachtung medizinischer Sachverhalte in der Sozialversicherung und in angrenzenden Gebieten. In: Mülheims, L./Hummel, K./Petres-Lange, S./Toepler, E./Schuhmann, I. (Hrsg.): Handbuch Sozialversicherungswirtschaft. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 434-454.
- Freudenberg, U. (2018): Ein richterlicher Blick auf die Arbeitsmarkttrente bei verschlossenem Teilzeitarbeitsmarkt. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 70-72.
- Funsch, V./Poerting, J. (2018): Arbeit der Zukunft und Erwerbsminderung – Arbeit 4.0. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 63-66.
- Hack, M. (2018): Soziale Sicherung und Beschäftigungsschutz bei längerer Krankheit nach norwegischem Recht. In: Hohnerlein, M./Hennion, S./Kaufmann, O. (Hrsg.): Erwerbsverlauf und sozialer Schutz in Europa. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 321-330.
- Hirschberg, A. (2011): Berufsunfähigkeit, Invalidität, Erwerbsminderung und ähnliche Begriffe. Eine vergleichende Untersuchung mit Vorschlägen für Harmonisierungen. Karlsruhe: Verlag für Versicherungswirtschaft.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2004): Anhebung der Beschäftigungsquote älterer Arbeitskräfte und des Erwerbsaustrittsalters. In: Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen (KOM) 2004/146.
- Konle-Seidl, R./Lang, K. (2006): Von der Reduzierung zur Mobilisierung des Arbeitskräftepotenzials: Ansätze zur Integration von inaktiven und arbeitslosen Sozialleistungsbeziehern im internationalen Vergleich. In: IAB-Forschungsbericht, 2006/15, S. 1-69.
- Konle-Seidl, R. (2016): Integration arbeitsmarktferner Personen im Ländervergleich: Kein Patentrezept in Sicht. In: IAB-Kurzbericht 2016/1, S. 1-8.

- Kress-del Bondio, J. (2018): Herausforderungen für die Alterssicherung in Deutschland. In: Hohnerlein, E./Hennion, S./Kaufmann, O. (Hrsg.): Erwerbsverlauf und sozialer Schutz in Europa. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 589-600.
- Mika, T./ Lange, J./Stegmann, M. (2014): Erwerbsminderungsrente nach Bezug von ALG II: Auswirkungen der Reformen auf die Versicherungsbiografien. WSI-Mitteilungen 2014/4, S. 277-285.
- Mittag, O. (2018): „Reha vor Rente“ in der Domäne der Rentenversicherung: Befunde zur Umsetzung. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 20-24.
- Mittag, O./Reese, C./Weel, A./Faas, J./Boer, W. (2014): Arbeitgeberverantwortung für die Wiedereingliederung kranker Arbeitnehmer: Das Modell Niederlande. In: Recht und Praxis der Rehabilitation 1, S. 67-71.
- Mittag, O./Welti, F. (2017): Vergleich der sozialen Sicherung und beruflichen Wiedereingliederung bei Erwerbsminderung in drei europäischen Ländern (Deutschland, Niederlande und Finnland). In: Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht. Fachbeitrag D2-2017, S. 1-8.
- Mondorf, S. (2018): Keine sofortige Anhebung der Zurechnungszeiten bei der Erwerbsminderungsrente. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 11.
- Mushoff, T. (2018): Psychische Erkrankung als Grund für Erwerbsminderung – Die zumutbare Willensanstrengung oder der Psyche ausgeliefert sein. Eine rechtliche Betrachtung. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 42-47.
- Pethran, Angelika/Steger, A./ Fruhmann, G (1999): Erwerbs- und Berufsunfähigkeit - Medizinische Fachgutachten in Sozialgerichtsprozessen und deren verfahrensabschließende Ergebnisse. In: Der medizinische Sachverständige 1999/3, S. 82–85.
- Reimann, A. (2003): Das Verhältnis von Prävention, Rehabilitation und Erwerbsminderungsrenten nach neuem Recht. In: Zeitschrift für Sozialreform 49 (3), S. 461-473.
- Reims, N./Nivorozhkin, A./Tophoven, S. (2017): Berufliche Rehabilitation zielt auf Prävention und passgenaue Förderung. In: IAB-Kurzbericht 2017/25, S. 1-8.
- Roller, S. (2018): Chronische Schmerzen und Erwerbsminderung – verwaltungs- und prozessrechtliche Fragen. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 51-56.
- Schuler-Harms, M. (2018): Von der Invalidenrente zur Erwerbsminderungsrente. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 1-6.
- Thiede, R. (2018): Sind die heutigen Regelungen zur Erwerbsminderungsrente noch zeitgemäß? In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 7-9.

3. (Sozial)Politische Studien

- Aurich-Beerheide, P./Brussig, M./Schwarzkopf, M. (2018): Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten. Stuttgart.
- Bäcker, G. (2013a): Erwerbsminderungsrenten: Wiederkehr eines (fast vergessenen) sozialen Problems. In: Informationsdienst Altersfragen 40 (6), S. 3-9.
- Bäcker, G. (2013b): Erwerbsminderungsrenten = Armutsrenten. Ein vergessenes soziales Problem? In: WSI-Mitteilungen 2013/8, S. 572-579.
- Bäcker, G. (2014): Das Rentenpaket der schwarz-roten Bundesregierung: Leistungsverbesserungen – aber kein Gesamtkonzept. In: IAQ-Standpunkt 2014/02, S. 1-14.
- Bieback, K. (2015): Entwicklung eines Forschungsprogramms: Das Erwerbsminderungsrisiko im Übergang von Erwerbstätigkeit zur Rente. Berlin.
- Bogedan, C./Rasner, A. (2008): Arbeitsmarkt x Rentenreform = Altersarmut?. In: WSI-Mitteilungen 2008/3, S. 133-138.
- Brussig, M. (2012): Erwerbsminderung und Arbeitsmarkt. Arbeitslosigkeit und regionale Unterschiede prägen Zugänge in Erwerbsminderungsrenten. In: Altersübergangs-Report 2012/4, S. 1-25.
- Brussig, Martin (2013): Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten. In: Informationsdienst Altersfragen 40 (6), S. 16-16.
- Brussig, M./Knuth, M. (2010): Rise up an Work! Workless People with Impaired Health under Germany's New Activation Regime. In: Social Policy & Society 9 (3), S. 311-323.
- Brussig, M./Ribbat, M. (2014): Entwicklung des Erwerbsaustrittsalters: Anstieg und Differenzierung. In: Altersübergangs-Report 2014/1, S. 1-23.
- Czepek, J./Weber, E. (2015): Die Flexi-Rente als Instrument zur Erhöhung der Erwerbsbeteiligung. In: IAB-Stellungnahme 2015/6, S. 1-14.
- Ellger-Rüttgardt, S./Karbe, H./Niehaus, M./Rauch, A./Riedel, H./Schian, H. /Schmidt, C./Schott, T./Schröder, H./Spijkers, W./Wittwer, U. (2009): Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland. Bonn.
- Hollederer, A. (2011): Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale. Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Hollederer, A./Voigtländer, S. (2016): Die Gesundheit von Arbeitslosen und die Effekte auf die Arbeitsmarktintegration. Ergebnisse im Panel Arbeitsmarkt und soziale Sicherung

- (PASS), Erhebungswellen 3 bis 7 (2008/09–2013). In: Bundesgesundheitsblatt 2016/5, S. 652-661.
- Kersting, W. (2008): Gerechtigkeitsethische Überlegungen zur Gesundheitsversorgung. In: Schöffski, O./ Schulenburg, J. v. (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen. Berlin: Springer-Verlag, S. 23-47.
- Knuth, M. (2014): Wo, bitte ist denn hier der Ausgang? Ruhestandsoptionen für gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte und Langzeitarbeitslose – Ein Beitrag zur Diskussion um die „Flexi-Rente“. In: WISO Diskurs Expertisen und Dokumentation zur Wirtschafts- und Sozialpolitik 2014/Okttober, S. 1-40.
- Knuth, M./Kaps, P. (2014): Arbeitsmarktreformen und „Beschäftigungswunder“ in Deutschland. In: WSI-Mitteilungen 2014/3, S.173-181.
- Nürnberger, I. (2009): Erwerbsgeminderte besser absichern! Notwenige Reform der Erwerbsminderungsrenten. In: Soziale Sicherheit 58(3), S. 85-92.
- Schäfer, I. (2018): Keine sofortige Anhebung der Zurechnungszeiten bei der Erwerbsminderungsrente. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 9-11.
- Schuler-Harms, M. (2018): Von der Invalidenrente zur Erwerbsminderungsrente. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 1-6.
- Thiede, R. (2018): Sind die heutigen Regelungen zur Erwerbsminderungsrente noch zeitgemäß? In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 7-9.
- Walwei, U. (2018): Arbeit der Zukunft und Erwerbsminderung.. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 58-62.

4. Ökonomische Studien

- Bödeker, W./Friedel, H./Friedrichs, M./Röttger, C. (2006): Kosten der Frühberentung. Abschätzung des Anteils der Arbeitswelt an der Erwerbs- und Berufsunfähigkeit und der Folgekosten. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaft.
- Buschmann-Steinhage, R. (2015): Forschung im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung. In: Mülheims, L./Hummel, K./Petres-Lange, S./Toepler, E./Schuhmann, I. (Hrsg.): Handbuch Sozialversicherungswirtschaft. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 295-308.
- Grossman, M. (2006): Education and Nonmarket Outcomes. In: Hanushek, E./Welch, B. (Hrsg.): Handbook of the Economics of Education. Amsterdam: North Holland, S. 577–633.

- Hagen, C./Himmelreicher, R. (2014): Erwerbsminderungsrente in Deutschland – Ein unterschätztes Risiko (?). In: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 83, S. 115-138.
- Hagen, K./Rothgang, H. (2014): Mit Unruhe in den Ruhestand!?. In: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 83, S. 5-19.
- Keck, T. (2015): Alterssicherung unter veränderten gesellschaftlichen Bedingungen. In: Mühlheims, L./Hummel, K./Petres-Lange, S./Toepler, E./Schuhmann, I. (Hrsg.): Handbuch Sozialversicherungswirtschaft. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 127-137.
- Kemptner, D. (2013): "Health-Related Life Cycle Risks and Public Insurance", DIW Discussion Paper 1320. http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.426032.de/dp1320.pdf.
- Kemptner, D. (2014): Erwerbsminderung als Armutsrisiko. In: DIW Roundup: Politik im Fokus 8, S. 1-4.
- Köhler-Rama, T. (2003): Invaliditätssicherung in der gesetzlichen Sozialversicherung in Deutschland: Strukturprinzipien, Defizite und Reformansätze aus sozialrechtlicher und versicherungsökonomischer Sicht. Dissertationsarbeit: Technische Universität Darmstadt.
- Köhler-Rama, T./Lehmann, A./Viebrok, H. (2010): Vorschläge zu einer Leistungsverbesserung bei Erwerbsminderungsrenten aus der gesetzlichen Rentenversicherung. In: Zeitschrift für Sozialreform 56 (1), S. 59-84.
- Krause, P./Ehrlich, U./Möhring, K. (2013): Erwerbsminderungsrentner: Sinkende Leistungen und wachsende Einkommensunterschiede im Alter. In: DIW Wochenbericht 2013/24, S. 1-10.
- Martin, S. (2017): Materielle Absicherung bei Erwerbsminderung im Kontext der Lebensform. Eine empirische Analyse auf Basis von Befragungs- und Routinedaten. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Martin, S./Zollmann, P./Buschmann-Steinhage, R. (2012): Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung. Projektbericht I zur Studie. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): DRV Schriften 99: Berlin.
- Martin, S./Zollmann, P. (2013): Die gegenwärtige sozioökonomische Situation von Erwerbsminderungsrentnern und -rentnerinnen und ihren Haushalten. In: Informationsdienst Altersfragen 40 (6), S.10-16.
- Martin, S./Zollmann, P./Buschmann-Steinhage, R. (2014): Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung. Projektbericht II zur Studie. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): DRV Schriften 105: Berlin.

Münstermann, L. (2014): Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Finanzierung der Erwerbsminderungsrente. In: Wirtschaftsdienst Analysen und Berichte 2014, S. 356-363.

5. Sozialwissenschaftliche Studien

Badura, B. (Hrsg.) (1981): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozial-epidemiologischer Forschung. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Bartel, S. (2018): Arbeit oder Gesundheit? Eine qualitative Verlaufsstudie zu gesundheitsbedingten Brüchen in der Berufsbiographie. In Ohlbrecht, H./Seltrecht, A. (Hrsg.): Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 139-154.

Bartel, S./Kardorff, E. v./Ohlbrecht, H. (2015): „Die Akte muss rund gemacht werden.“ Eine qualitative Untersuchung von Entscheidungsheuristiken bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrente nach Aktenlage. In: Medizinischer Sachverständiger 111 (1), S. 37-46.

Behrens, J. (2009): Meso-soziologische Ansätze und die Bedeutung gesundheitlicher Unterschiede für die allgemeine Soziologie sozialer Ungleichheit. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 55-76.

Bittlingmayer, U. (2016): Strukturorientierte Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 23-41.

Burkert, C./Sproß, C. (2010): Früher oder später: Altersbilder auf Arbeitsmärkten im europäischen Vergleich – Veränderte nationale Sichtweise oder europäisches Konstrukt? In: Brauer, K./Clemens, W. (Hrsg.): Zu alt? „Ageism“ und Altersdiskriminierung auf Arbeitsmärkten. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 149-170.

Dietscher, C./Pelikan, J. (2016): Soziologie der Krankheitsprävention. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 417-435.

Dragano, N. (2016): Arbeit und Gesundheit. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 167-183.

Dragano, N./Siegrist, J. (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 181-194.

- Funsch, V./Poerting, J. (2018): Arbeit der Zukunft und Erwerbsminderung – Arbeit 4.0. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 63-66.
- Gaebel, W./Möller, H./Rössler, W. (Hrsg.) (2005): Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: Klett Verlag.
- Germov, J. (Hrsg.) (2009): Second Opinion: an Introduction to Health Sociology. Melbourne: Oxford University Press.
- Geyer, S. (2016): Die quantitative Analyse von Gesundheit und Krankheit. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 55-71.
- Gomolla, M. (2010): Institutionelle Diskriminierung: Neue Zugänge zu einem alten Problem. In: Hormel, U./Scherr, A. (Hrsg.): Diskriminierung. Grundlagen und Forschungsergebnisse. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 61-94.
- Goodwin, S./Morgan, S. (2012): Chronic Illness and the Academic Career. The hidden epidemic in higher education. In: Academe 98 (3).
- Golosov, M./Tsyvinski, A. (2006): Designing Optimal Disability Insurance: A Case for Asset Testing. In: Journal of Political Economy 114 (2), S. 257–279
- Hadril, S. (2009): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 35-54.
- Hormel, U./ Scherr, A. (2010): Einleitung: Diskriminierung als gesellschaftliches Phänomen. In: Hormel, U./ Scherr, A. (Hrsg.): Diskriminierung. Grundlagen und Forschungsergebnisse. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 7-20.
- Hughes, B./Paterson, K. (1997): The Social Model of Disability and the Disappearing Body: towards a sociology of impairment. In: Disability and Society 12, S. 325-340.
- Hurrelmann, K. (2010): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim/München: Beltz Juventa.
- Jungbauer-Gans, M./ Gross, C. (2009): Erklärungsansätze sozial differenzierter Gesundheitschancen. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 77-98.
- Kardorff, E. v. (2010a): Zur Diskriminierung psychisch kranker Menschen. In: Hormel, U./Scherr, A. (Hrsg.): Diskriminierung. Grundlagen und Forschungsergebnisse. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 279-305.

- Kardorff, E. v. (2010b): Soziale Netzwerke in der Rehabilitation und im Gesundheitswesen. In: Stegbauer, C./Häußling, R. (Hrsg.): Handbuch Netzwerkforschung. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 715-724.
- Kardorff, E. v. (2011a): Systematische Diskriminierung. Zur Situation psychisch kranker Menschen. In: Sozial Extra 11/12. S. 39-42.
- Kardorff, E. v. (2011b): Rehabilitation. In: Mey, G./Mruck, K. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 783-790.
- Kardorff, E. v. (2012): Stigmatisierung, Diskriminierung und Exklusion von Menschen mit Behinderungen. In: Horster, D./Moser, V. (Hrsg.): Ethik in der Behindertenpädagogik. Menschenrechte, Menschenwürde, Behinderung. Eine Grundlegung. Stuttgart: Kohlhammer, S. 118-135.
- Kardorff, E. v. (2015): "Ich bin doch nicht behindert!". Studierende mit chronischen Krankheiten in der Stigmatisierungsfalle (bisher unveröffentlicht). RU-Berlin: Institut für Rehabilitationswissenschaften. http://www.studentenwerke.de/sites/default/files/ibsf_tud_mit_chron_krankheiten_in_stigmatisierungsfalle_kardorff.pdf.
- Kardorff, E. v./Ohlbrecht, H./Bartel, H./ Tegethoff, D. (2012): Qualitative Methoden in der Rehabilitationsforschung am Beispiel der Think aloud Methode. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation: Flexible Antworten auf neue Herausforderungen. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 68-69.
- Kardorff, E. v./Ohlbrecht, H. (2015): Erwerbsarbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel. In: Storck, J./Plößl, I. (Hrsg.): Handbuch Arbeit. Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Köln: Psychiatrie Verlag, S.73-86.
- Kastl, J. (2010): Einführung in die Soziologie der Behinderung. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Kastl, J. (2014): Behinderung, soziale Reaktion und gesellschaftliche Erfahrung – zur Aktualität interaktionistischer und pragmatischer Analyseperspektiven. In: Kastl, J./Falkendorff, K. (Hrsg.): Behinderung, Soziologie und gesellschaftliche Erfahrung. Im Gespräch mit Güntner Cloerkes. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 141-169.
- Kastl, J./Trost, R. (2002): Integrationsfachdienste zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderung in Deutschland. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zur Arbeit der Modellprojekte des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung in 16 Bundesländern. Ludwigsburg.
- Klein, J./Knesebeck, Olaf v. (2016): Soziale Einflüsse auf die gesundheitliche Versorgung. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 341-353.

- Kuhlmann, E. (2016): Gendersensible Perspektiven auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 183-197.
- Kunst, A. (2009): Herausforderungen bei der Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit in Europa: Ein Überblick aktueller Studien. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 367-384.
- Lampert, T. (2016): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 121-139.
- Lampert, T./ Mielck, A. (2008): Gesundheit und soziale Ungleichheit. Eine Herausforderung für Forschung und Politik. In: G+G Wissenschaft 8 (2), S. 7-16.
- Lampert, T./Kroll, L. (2009): Die Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: Springer Verlag, S.309-334.
- Loss, J./Warrelmann, B./Lindacher, V. (2016): Gesundheitsförderung: Idee, Konzepte und Vorgehensweisen. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 435-451.
- Mann, B. (1997): Soziologie und Public Health: zwei Disziplinen mit einem gemeinsamen Nenner? In: Sozialwissenschaften und Berufspraxis 20 (3), S. 196-205.
- Marckmann, G. (2016): Gerechtigkeit und Gesundheit. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 139-153.
- Nettleton, S. (2013): The sociology of health and illness. Cambridge: Polity Press.
- Ohlbrecht, H. (2016): Die qualitative Analyse von Gesundheit und Krankheit. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 71-89.
- Ohlbrecht, H. (2018): Arbeitswelt und Gesundheit: Ein gesundheitssoziologischer Blick auf die Herausforderungen der Arbeitswelt 4.0. In: Ohlbrecht, H./Seltrecht, A. (Hrsg.): Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 117-138.
- Pieper, M./Mohammadi, J. (2014): Partizipation mehrfach diskriminierter Menschen am Arbeitsmarkt. Ableism und Rassismus – Barrieren des Zugangs. In: Wansing, G./Westphal, M. (Hrsg.): Behinderung und Migration. Inklusion, Diversität, Intersektionalität. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 221-252.

- Reiche, R. (2008): Gesellschaftliche Anforderungen an die geriatrische Rehabilitation unter Berücksichtigung der Tätigkeitsfelder von Soziologinnen und Soziologen in der beruflichen und sozialen Rehabilitation. In: Sozialwissenschaften und Berufspraxis 31 (1), S. 153-158.
- Richter, D. (2010): Exklusionsmechanismen in der modernen Gesellschaft. In: Kerbe Forum für Sozialpsychiatrie 28 (2), S. 8-10.
- Richter, D./Eikermann, B./Reker, T. (2006): Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. In: Gesundheitswesen 2006/68, S. 704-707.
- Richter, M./Hurrelmann, K. (2016): Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 3-19.
- Sundmacher, L. (2016): Regionale Variationen in der Gesundheit und Gesundheitsversorgung. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 197-211.

6. Ungleichheit im EM-Rentengeschehen

- Brauer, K./Clemens, W. (Hrsg.) (2010): Zu alt? „Ageism“ und Altersdiskriminierung auf Arbeitsmärkten. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Brzoska, P./Yilmaz-Aslan, Y./Exner, A./Spallek, J./Voigtländer, S./Razum, O. (2014): Medizinische Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Menschen mit Migrationshintergrund. Eine Bestandsaufnahme zur Zugänglichkeit und Qualität der Versorgung. In: Wansing, G./Westphal, M. (Hrsg.): Behinderung und Migration. Inklusion, Diversität, Intersektionalität. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 253-262.
- Brzoska, P./Razum, O. (2015): Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Bundesgesundheitsblatt 58, S. 553-559.
- Clemens, W. (2010): Ageismus und Altersdiskriminierung auf Arbeitsmärkten – eine Einleitung. In: Brauer, K./Clemens, W. (Hrsg.): Zu alt? „Ageism“ und Altersdiskriminierung auf Arbeitsmärkten. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 7-20.
- Hagen, C./Himmelreicher, R./Kemptner, D./Lampert, T. (2010): Soziale Ungleichheit und Erwerbsminderungsrente. In: DRV-Schriften Band 55, S. 86–102.
- Hagen, C./Himmelreicher, K./Kemptner, D./Lampert, T. (2011): Soziale Ungleichheit und -risiken der Erwerbsminderung. In: WSI-Mitteilungen 2011/7, S. 336-344.

- Hasselhorn, M./Razum, O. (2018): Rehabilitationsbedarf und -inanspruchnahme bei älteren Erwerbstätigen mit und ohne Migrationshintergrund in der BRD – eine Untersuchung mit der lidA-Kohortenstudie (lidA-DRV). ([https://www.deutsche-
rentenversicherung.de/Allgemein/Inhalt3_Infos_fuer_Experten01_sozialmedizin_forschung03_reha_
wissenschaft-
ten03a_forschungsprojekteprojektelaufendeinzelprojekte_hasselhorn_lida.html](https://www.deutsche-
rentenversicherung.de/Allgemein/Inhalt3_Infos_fuer_Experten01_sozialmedizin_forschung03_reha_
wissenschaft-
ten03a_forschungsprojekteprojektelaufendeinzelprojekte_hasselhorn_lida.html))
- Jankowiak, S./Kaluscha, R./Krischak, G. (2018b): Soziale Unterschiede bei der Beantragung und Inanspruchnahme von medizinischen und beruflichen Rehabilitationsleistungen. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 504-507.
- Klein, J./Hofreuter-Gätgens, K./Knesebeck, O. v. (2014): Socioeconomic status and the utilization of health services in Germany: a systematic review. In: Janssen, C./Ladebeck, N./Lengerke, T. v. (Hrsg.): Health Care Utilization in Germany. Theory, Methodology, and Results. New York: Springer Science+Business, S. 117–143.
- Kobelt, A./Winkler, M./Göbber, J./Pfeiffer, W./Petermann, F. (2010): Hängt die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit vom Migrationsstatus ab?. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 58 (3), S. 189-197.
- Kobelt, A./Winkler, M./Göbber, J./Pfeiffer, W./Petermann, F. (2013): Die sozioökonomische Schicht ist wichtiger für das Behandlungsergebnis in der psychosomatischen Rehabilitation als der Migrationshintergrund. In: Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 23, S. 353-357.
- Oppermann, D. (2012): Abschlüge auf Erwerbsminderungsrenten. Eine Diskriminierung behinderter Menschen?. In: Soziale Sicherheit 61(8/9), S. 314-317.
- Razum, O./Brzoska, P. (2017): Rehabilitation und Migration: Zugang, Wirksamkeit, Herausforderungen In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung. Berlin, S. 27-29.

7. Arbeitsmarkt(re)integration

- Anton, E. (2013): Die Rückkehr an den Arbeitsplatz optimal vorbereiten und begleiten durch Soziale Arbeit in der medizinischen berufsorientierten Rehabilitation. In: Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht Diskussionsbeitrag 2013/4, S. 1-7.
- Aurich-Beerheide, P./Brussig, M./Schwarzkopf, M. (2018): Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten. Stuttgart.

- Bethge, M. (2015): Effekte stufenweiser Wiedereingliederung: Ergebnisse einer Propensity-Score-gematchten Analyse mit dem Scientific Use File der Rentenversicherung. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Psychische Störungen – Herausforderungen für Prävention und Rehabilitation. Berlin, S. 85-87.
- Bethge, M. (2017a): Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben. In: Bundesgesundheitsblatt 60, S. 427-435.
- Bethge, M. (2017b): Teilhabe durch Leistungen zur beruflichen Bildung für arbeitslose Rehabilitanden. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung. Berlin, S. 224-225.
- Bieback, K. (2015): Entwicklung eines Forschungsprogramms: Das Erwerbsminderungsrisiko im Übergang von Erwerbstätigkeit zur Rente. Berlin.
- Brussig, M. (2018a): Die aktivierenden Elemente der Erwerbsminderungsrente. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 12-13.
- Bökel, A./Nowik, D./Briest, J. (2018): Qualitative Analyse der Einstellung zur Rückkehr ins Erwerbsleben von Versicherten am Ende ihres Erwerbsminderungsrentenbezugs. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin. S, 188-190.
- Briest, J. (2018b): Rehabilitation bei Personen mit zeitlich befristeter Erwerbsminderungsrente (REBER). (https://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/03_reha_wissenschaften/03a_forschungsprojekte/projekte/laufend/einzelprojekte_reber.html)
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2001): Berufsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation – bisherige Entwicklungen und aktuelle Perspektiven. Frankfurt am Main, S. 6-9.
- Brussig, M./Knuth, M. (2010): Rise up an Work! Workless People with Impaired Health under Germany`s New Activation Regime. In: Social Policy & Society 9 (3), S. 311-323.
- Buschmann-Steinhage, R./Zollmann, P. (2010): Return to Work nach Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Qualität in der Rehabilitation - Management, Praxis, Forschung. Berlin, S. 199-201.

- Dittmann, R. (2018b): Die schrittweise Arbeitsplatzreintegration – Ein Vergleich der deutschen stufenweisen Wiedereingliederung und der österreichischen Wiedereingliederungszeit. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 283-285.
- Kaluscha, R./Schmid, L./Löcherbach, P./Rexrodt, C./Toepler, E. (2017b): Abschlussbericht im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“. https://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/reha_wissenschaften/abschlussberichte/ab_fallmanagement.html.
- Kunze, T./Benöhr, E. (2013): Wiedereingliederung erwerbsgeminderter Rentner und Rentnerinnen ins Arbeitsleben: Das Modellprojekt „WeRA“ der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg. In: Informationsdienst Altersfragen 40 (6), S. 18-24.
- Lippke, S./Zschucke, E./Hessel, A. (2018): Zur Realität des Rückkehrwunsches: Ergebnisse einer Befragung von Versicherten mit befristeter Erwerbsminderungsrente. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 38-42.
- Mecke, C. (2018): Arbeit der Zukunft und Erwerbsminderung – Eine Einführung. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 56-57.
- Noeres D./Geyer, S. (2018): „Rückkehr zur Erwerbsarbeit nach Brustkrebs: Eine prospektive, multizentrische Studie zur Verbesserung der Reintegration ins Erwerbsleben.“ https://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/03_reha_wissenschaften/03a_forschungsprojekte/projekte/laufend/einzelprojekte_noeres_geyer_Mamma_RTW.html.
- Ohlbrecht, H./Detka, C./Kuczyk, S./Lange, B. (2018): Return to Work und Stay at Work – Die Frage nach einem gelingenden betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement. In: Die Rehabilitation 57 (3), S. 157-164.
- Orde, A./Schott, T. v. (2003): ZOBRA – Zielorientierte Beratung zur Rückkehr zur Arbeit – Erste Ergebnisse aus einem Forschungsprojekt zur Optimierung der beruflichen Reintegration nach kardiologischer Rehabilitation. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Rehabilitation im Gesundheitssystem. 12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Berlin/Frankfurt am Main: VDR, S. 302-304.
- Peters-Lange, S. (2018): Arbeit der Zukunft und Erwerbsminderung. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 66-69.

8. Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) und stufenweise Wiedereingliederung

- Detka, C./Ohlbrecht, H. (2018): Bedingungen und Mechanismen von (gelingenden) betrieblichen Eingliederungsprozessen (BEM). In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation bewegt!. Berlin, S. 216-218.
- Gödecker-Geenen, N./Vieregge, D./Keck, T. (2013): Betriebliches Eingliederungsmanagement: Praxis und Perspektiven aus der Sicht der Rentenversicherung. In: Knoche, K./Sochert, R. (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. Berlin, S. 25-29.
- Haberkamp, I./Körber, J. (2013): Voraussetzung für die stufenweise Wiedereingliederung. In: URO-News 17 (4), S. 32-37.
- Habib, E. (2014): BEM – Wiedereingliederung in kleine und mittlere Betriebe. Praxisleitfaden und Beispiele zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Beck.
- Kohte, W. (2010): Das betriebliche Eingliederungsmanagement – Ein doppelter Suchprozess. In: WSI-Mitteilungen 2010/7, S. 374-377.
- Lippold, K./Wögerer, K. (2015): Externe Unterstützung im BEM. In: Prümper, J./Reuter, T./Sporbert, A. (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement erfolgreich umsetzen. Ergebnisse aus einem transnationalen Projekt. Berlin, S. 93-96.
- Mehrhoff, F. (2013): Das Betriebliche Eingliederungsmanagement zur Erhaltung und Stärkung der Beschäftigungsfähigkeit in Deutschland. Ein ganzheitlicher und individueller Ansatz aus Sicht der gesetzlichen Unfallversicherung. In: Knoche, K./Sochert, R. (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. Berlin, S. 20-25.
- Nebe, K. (2013): Personenzentrierte Konzepte zur Erwerbsteilhabe psychisch Kranker – Effektivierungspotentiale für das BEM. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Teilhabe 2.0 - Reha neu denken?. Berlin, S. 346-347.
- Niehaus, M./Marfels, B./Vater, G./Magin, J./Werkstetter, E. (2008): Betriebliches Eingliederungsmanagement: Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX. Forschungsbericht. Köln: Universität Köln.

9. Psychische Erkrankungen

- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2013): BPtK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung. Berlin.
- Ceynova, M./Härter, M./Watzke, B. (2014): Psychotherapeutische E-Mail-Nachsorge zur Förderung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges von Patienten mit psychischen Erkrankungen am Beispiel von depressiven Erkrankungen. Abschlussbericht.
- Freigang-Bauer, I./Gröben, F. (2011): Eingliederung von Mitarbeitern mit psychischen Erkrankungen. Handlungsbedarf aus Sicht betrieblicher Akteure. Düsseldorf: Setzkasten.
- Göbber, J. (2015): Patienten mit Migrationshintergrund im Kontext psychosomatischer Rehabilitation. Quo vadis?. Dissertationsschrift: Hannover.
- Gühne U./Riedel-Heller S. (2015): Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Berlin.
- Hagen, C. (2014): Starke Zunahme von Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen bei westdeutschen Frauen: Analysen zu individuellen, sozialen und regionalen Unterschieden beim Zugang in Erwerbsminderungsrente in Deutschland. In: Informationsdienst Soziale Indikatoren 51, S. 6-11.
- Held, G. (2018): Krisen bewältigen – Eingliederung von Mitarbeitern mit psychischen Erkrankungen. In: Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./Klose, J./Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzeiten Report 2017. Krise und Gesundheit-Ursachen, Prävention, Bewältigung. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft Wiesbaden: Springer Verlag, S. 175-182.
- Herget, S./Roski, C./Grande, G. (2016): Inanspruchnahme psychosomatischer Rehabilitationsmaßnahmen und Berentungen wegen Erwerbsminderung aufgrund psychischer Erkrankungen - Risikofaktoren. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Gesundheitssystem im Wandel - Perspektiven der Rehabilitation. Berlin, S. 119-120.
- Herget, S./Roski, C./Grande, G. (2017): Inanspruchnahme psychosomatischer Rehabilitationsmaßnahmen und Berentungen wegen Erwerbsminderung aufgrund psychischer Erkrankungen – Eine qualitative Analyse. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung. Berlin, S. 419-421.
- Hesse, B./Walden, J. (2014): Rehabilitation und Erwerbsminderungsrente bei psychischen Störungen. In: Der Neurologe & Psychiater 15 (1), S. 57-63.

- Holstiege, J./Kaluscha, R./Müller, G./Jankowiak, S./Krischak, R. (2015): Langfristige Erwerbsverläufe ausgewählter Erkrankungsbilder in der psychosomatischen Rehabilitation. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Psychische Störungen – Herausforderungen für Prävention und Rehabilitation. Berlin, S. 321-323.
- Jäckel, D. (2014): Was bringt psychisch Kranke in Arbeit – Fortschritte in der Arbeitsrehabilitation. In: Schizophrenie 2014/30, S. 23-43.
- Kobelt, A./Grosch, E./Hesse, B./Gebauer, E./Gutenbrunner, C. (2009 (2009): Wollen psychisch erkrankte Versicherte, die eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, wieder ins Erwerbsleben eingegliedert werden?. In: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 59, S. 273-280.
- Kobelt, A./Winkler, M./Göbber, J./Pfeiffer, W./Petermann, F. (2010): Hängt die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit vom Migrationsstatus ab?. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 58 (3), S. 189-197.
- Mecklenburg H./Storck J. (Hrsg.) (2008): Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Mushoff, T. (2018): Psychische Erkrankung als Grund für Erwerbsminderung – Die zumutbare Willensanstrengung oder der Psyche ausgeliefert sein. Eine rechtliche Betrachtung. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 42-47.
- Kardorff, E. v. (2018): Wege psychisch Kranker in die EM-Rente und Rückkehrperspektiven aus der EM-Rente in Arbeit: Ansatzpunkte zu frühzeitiger Intervention in biografischen und krankheitsbezogenen Verlaufskurven (WEMRE). (<https://www.reha.hu-berlin.de>)
- Kardorff, E. v./Ohlbrecht, H. (2008): Die Bedeutung der Arbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel – soziologische Anmerkungen zur beruflichen Rehabilitation. In: Mecklenburg H./Storck, J. (Hrsg.): Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 18-29.

10. Sozioökonomische Situation von EM-RentnerInnen

- Bäcker, G. (2013b): Erwerbsminderungsrenten = Armutsrenten. Ein vergessenes soziales Problem? In: WSI-Mitteilungen 2013/8, S. 572-579.
- Bogedan, C./Rasner, A. (2008): Arbeitsmarkt x Rentenreform = Altersarmut?. In: WSI-Mitteilungen 2008/3, S. 133-138.

- Hagen, K./Rothgang, H. (2014): Mit Unruhe in den Ruhestand!?. In: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 83, S. 5-19.
- Kemptner, D. (2014): Erwerbsminderung als Armutsrisiko. In: DIW Roundup: Politik im Fokus 8, S. 1-4.
- Krause, P./Ehrlich, U./Möhring, K. (2013): Erwerbsminderungsrentner: Sinkende Leistungen und wachsende Einkommensunterschiede im Alter. In: DIW Wochenbericht 2013/24, S. 1-10.
- Märtin, S. (2017): Materielle Absicherung bei Erwerbsminderung im Kontext der Lebensform. Eine empirische Analyse auf Basis von Befragungs- und Routinedaten. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Märtin, S./Zollmann, P./Buschmann-Steinhage, R. (2012): Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung. Projektbericht I zur Studie. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): DRV Schriften 99: Berlin.
- Märtin, S./Zollmann, P. (2013): Die gegenwärtige sozioökonomische Situation von Erwerbsminderungsrentnern und -rentnerinnen und ihren Haushalten. In: Informationsdienst Altersfragen 40 (6), S.10-16.
- Märtin, S./Zollmann, P./Buschmann-Steinhage, R. (2014): Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung. Projektbericht II zur Studie. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): DRV Schriften 105: Berlin.
- Mondorf, S. (2018): Keine sofortige Anhebung der Zurechnungszeiten bei der Erwerbsminderungsrente. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 11.
- Nakielski, H. (2009): Die (soziale) Situation der Erwerbsgeminderten. In: Soziale Sicherheit 58 (9), S. 312-313.
- Nürnberger, I. (2009): Erwerbsgeminderte besser absichern! Notwendige Reform der Erwerbsminderungsrenten. In: Soziale Sicherheit 58(3), S. 85-92.
- Schäfer, I. (2018): Keine sofortige Anhebung der Zurechnungszeiten bei der Erwerbsminderungsrente. In: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2018, S. 9-11.

Impressum

Herausgeber:

Forschungsnetzwerk Alterssicherung (FNA) der Deutschen Rentenversicherung Bund
0640-FNA, 10704 Berlin

Redaktion: Stefan Jahn

Postanschrift: Deutsche Rentenversicherung Bund, 0640-FNA, 10704 Berlin

ISSN 2192-7960

Die Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Deutschen Rentenversicherung Bund wieder. Nachdruck ist nur unter Quellenangabe und nur mit Genehmigung des Herausgebers zulässig.

Berlin, August 2019