

Forschungsnetzwerk Alterssicherung (FNA)

FNA-Journal



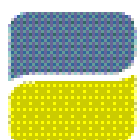
Heft 1/2015

Forschungsbericht zum FNA-Projekt

„Entwicklung eines Forschungsprogramms:

Das Erwerbsminderungsrisiko im Übergang von
Erwerbstätigkeit zur Rente“

Prof. Dr. Karl-Jürgen Bieback



Deutsche
Rentenversicherung

Bund

FNA

Forschungs-
Netzwerk
Alterssicherung

Das Erwerbsminderungsrisiko im Übergang von Erwerbstätigkeit zur EM – Rente

Verteilung des Erwerbsminderungsrisikos zwischen den Sozialleistungssystemen und die Abstimmung zwischen den einzelnen Sicherungsformen: Probleme und Forschungsfragen

Gutachten für das FNA der DRV-Bund

Professor Dr. K.-J. Bieback

Oktober 2014

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	1
1. Stellenwert der EM-Rente im System der Sozialleistungen	2
1.1 Ergebnisse der vergleichenden Sozialpolitikforschung	2
1.1.1 Arbeitsmarktpolitischer Ansatz	2
1.1.2 Sozialpolitischer Ansatz	5
1.1.3 Stellenwert des Ländervergleichs: Weite, ungenaue Definitionen, fehlende Bewertung der Alternativen	5
1.1.3.1 Weite, ungenaue Definitionen	5
1.1.3.2 Fehlender Einbezug der Alternativen	7
1.1.3.3 Methodische Probleme	9
1.2 Probleme und Forschungsfragen	10
2. Der Weg durch das Sozialleistungssystem zur EM-Rente – Abgestimmte und funktionierende Zuständigkeiten?	12
2.1. Normative Leitbilder des Weges in die EM-Rente	13
2.1.1 Leistungen der GKV bei Eintritt einer Erwerbsminderung	13
2.1.2 Leistungen der Arbeitslosenversicherung bei Eintritt einer Erwerbsminderung	15
2.1.3 Vorheriger Bezug von Sozialhilfeleistungen/SGB II	17
2.1.4 Unabgestimmte Voraussetzungen der Reha	18
2.1.5 Gesetzliche Anforderungen an die Kooperation der Sozialleistungsträger	21
2.2 Probleme und Forschungsfragen	23
2.2.1 Grenzen institutioneller Interessen Erwerbsminderung zu verhindern	23
2.2.2 Konzentration der Zuständigkeiten	25
2.2.3 Untersuchung zu den Widersprüchen im Leistungsrecht	26
2.2.4 Untersuchungen zum Weg in die EM-Rente	26
2.2.5 Gegenseitige Substitution von Arbeitslosengeld und EM-Rente?	29
2.2.6 Mehr Transparenz durch Indikatoren zu den Präventionsaktivitäten	31
2.2.7 Untersuchungen zu Kooperation und Koordination der Leistungen im Vorfeld der EM-Renten	33
2.2.7.1 Verlaufsbezogene Indikatoren für eine Intervention?	34
2.2.7.2 Zwingende Kooperations- und Abstimmungsverfahren?	36
2.2.7.3 Gemeinsame Instrumente zur Bedarfsfeststellung in der Rehabilitation?	40
2.2.7.4 Geteilte Verantwortung und Ökonomische Anreize gegen ein „Abschieben“ in die EM-Rente?	41
2.2.8 Probleme der „Doppelmitgliedschaften“	42
3. Das Konzept der Erwerbsminderung im SGB VI	42
3.1 Wo liegen die Probleme der Risikodefinition in § 43 SGB VI?	42
3.2 Alternativen für eine bessere Bestimmung des versicherten Risikos und Forschungsbedarf	44
3.2.1 Gleitender Versicherungsfall mit entsprechender Leistungshöhe	45
3.2.2 Umorientierung durch Basierung auf dem ICF?	46
4. Verbesserung des Versorgungsniveaus der EM-Rente – zweite und dritte Säule?	50
4.1 Unzureichendes Niveau der Absicherung bei Erwerbsminderung	50

4.1.1	Sinken des Niveaus der EM-Rente im letzten Jahrzehnt	50
4.1.2	Keine hinreichende private Absicherung	53
4.1.2.1	Geringe Verbreitung	53
4.1.2.2	Mängel der bisherigen privaten Absicherung	54
4.2	Probleme und Forschungsfragen	55
5.	Erwerbstätigkeit neben Rente	57
5.1	Zulässigkeit von Erwerbstätigkeit neben Rente	58
5.1.1	Grundsätzliche Bedenken?	58
5.1.2	Gegenwärtige Regelung von Nebenverdienst und EM-Rente	59
5.1.3	Sicherung der Teilerwerbstätigkeit neben einer Leistung der GRV durch andere Leistungssysteme	61
5.2.	Probleme und Forschungsfragen	62
6.	Beteiligung der Arbeitgeber an Vorbeugung und Absicherung von Erwerbsminderung	64
6.1	Stand der Diskussion und Beispiele	64
6.1.1	Diskussion in Deutschland	64
6.1.2	Modell Niederlande	65
6.1.3	Grenzen der Arbeitgeberverantwortung	67
6.2	Probleme und Forschungsfragen	68
6.2.1	Erweiterung der Verantwortung der Arbeitgeber	68
6.2.2	Stärkung der Vorsorgepflicht der Arbeitgeber (BEM)	69
6.2.3	Sanktionen und Anreize	70
7.	Immanente Alternativen in der GRV?	71
7.1	Verbesserung/Erweiterung der vorzeitigen Altersrenten	71
7.2	Belastungsorientierte vorzeitige Altersrenten?	72
7.2.1	Modelle belastungsorientierter vorzeitiger Altersrenten	72
7.2.2	Ansätze für Untersuchungen	74
7.3	Zusatzversicherungen in der GRV	76
8.	Zusammenfassung	78
	Literatur	80

Vorbemerkung

Der Fokus dieser Untersuchung liegt auf drei Punkten: Einmal der Funktion der Erwerbsminderungsrente der GRV (EM-Rente) als eines Instruments, den Übergang von der Erwerbsarbeit in die Nichterwerbsarbeit bis zum Zeitpunkt der Regelaltersrente abzusichern. Zum anderen dem Zusammenspiel ganz unterschiedlicher Sozialleistungssysteme in der Vermeidung des Risikos der Erwerbsminderung, der Absicherung des Risikos und der Gestaltung dieses Übergangs. Und schließlich dem Problem, dass die GRV mit ihren Rehabilitations- und Rentenleistungen meist am Ende einer Leistungskette steht, in der vorher die Krankenversicherung und die Leistungen bei Arbeitslosigkeit (SGB III und II) zuständig waren, die GRV auf diese Systeme aber so gut wie keinen Einfluss nehmen kann. Grundlage sind dabei zwei sozialpolitische Einschätzung: (1) Die Absicherung des Risikos der Erwerbsminderung ist eine zentrale Aufgabe der GRV und (2) wird die Erwerbsminderungsrente immer bedeutender, je weiter der Zeitpunkt für die Regelaltersrente hinausgeschoben wird.

Die Untersuchung geht sozialrechtlich und sozialpolitisch vor, beides in dem Sinne, dass sowohl die gegenwärtigen Regelungen und Leistungssysteme (SGB VI und SGB II, III, V und IX) untersucht als auch ihre Defizite und Lösungen sowie Diskussions- und Forschungsbedarf behandelt werden. Da vor allem jene Aspekte im Zentrum stehen, bei denen noch ein großer Diskussions- und Forschungsbedarf besteht, werden bekannte Probleme, wie z. B. die Mängel der Nahtlosigkeitsregelungen in SGB III und SGB V oder die geringe Höhe der EM-Rente zwar analysiert, aber die (meist schon bekannten) Lösungen werden nicht intensiver diskutiert. Der Schwerpunkt liegt auf dem Zusammenspiel der Regelungen und Funktionen der EM-Rente der GRV mit den Leistungen der GKV, BA und der Grundsicherung sowie den Verpflichtungen der Arbeitgeber.

Diese Untersuchung ist angeregt durch Vorarbeiten des Verfassers.¹ Sie greift wie gesagt nur einige Aspekte auf und stellt nicht alle Reformvorschläge zur EM-Rente dar; dazu ist 2013 eine umfassende andere Studie erschienen.²

Hamburg/Reinbek im Oktober 2014

Prof. Dr. K.-J. Bieback

1 Karl-Jürgen Bieback, Abstimmung zwischen Altersrenten, Schutz bei Erwerbsminderung und Arbeitslosigkeit, in: Das Sozialrecht für ein längeres Leben, Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes Bd. 63 2013, S. 9 – 38

2 Felix Welti/Hemming Großkreutz, Soziales Recht zum Ausgleich von Erwerbsminderung, HBS-Arbeitspapier 295, 2014

1. Stellenwert der EM-Rente im System der Sozialleistungen

Die Übergänge vom Erwerbsleben in Sozialleistungen wegen geminderter Erwerbsfähigkeit finden auf Pfaden und in Korridoren statt, die die Arbeits- und Sozialpolitik über die „Zuständigkeiten“ der unterschiedlichen Akteure, insbesondere der Betriebe und der Sozialleistungssysteme gestalten.³ Auf der Ebene der staatlichen Sozialleistungssysteme werden über die Definition der abgesicherten Risiken und Leistungsfälle erwerbsunfähige oder erwerbsgeminderte Personen unterschiedlichen Sozialleistungssystemen zugewiesen: Der Arbeitslosenversicherung (Arbeitslosengeld und Förderleistungen), Rentenversicherung (EM-Renten, Rehabilitation, vorzeitige Altersrenten), Krankenversicherung (Krankengeld, Rehabilitation) und der Sozialhilfe (Unterhalts- und Förderleistungen nach SGB II und SGB XII).

Wie diese sehr unterschiedlichen Zuweisung oder Optionen zusammenhängen und genutzt werden können, ist eines der Hauptprobleme der Sozialleistungen für Erwerbsgeminderte und wird diese Ausarbeitung fast durchgängig beschäftigen.

1.1 Ergebnisse der vergleichenden Sozialpolitikforschung

Bisher wurden diese Verteilungsmechanismen und –strukturen und die Relevanz des speziellen Sozialleistungssystems zur Absicherung bei Erwerbsminderung vor allem durch den Vergleich unterschiedlicher Sozialleistungssysteme unterschiedlicher Länder der EU und OECD untersucht. Der Sozialpolitikvergleich kann mittlerweile auf einen sehr großen Pool an Daten der EU und der OECD zurückgreifen. Der Ländervergleich gibt Auskunft darüber, ob in einem Land ein System eine stärkere Rolle spielt als in anderen Ländern, und er lässt zumindest erste Analysen zu, warum dies denn so sei. Dabei geht es um sehr unterschiedliche Fragestellungen und Erkenntnisinteressen.

1.1.1 Arbeitsmarktpolitische Ansatz

Ein Ansatz vergleicht die Arbeitsmarkt- und Reintegrationspolitiken gegenüber Erwerbsunfähigen/Behinderten in europäischen Ländern.⁴ Er stellt relativ hohe Inaktivitätsquoten für Behinderte und geringe Ausgaben für Reintegrationsmaßnahmen in Deutschland im Vergleich zu den Niederlanden, UK und Dänemark fest.

Ein speziell für die EM-Rente wesentlicherer Teil der Untersuchungen hinterfragt, ob „Ar-

3 Immer noch umfassend der Überblick in OECD, Transforming Disability into Ability: Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People 2003, S. 57 – 123.

4 Irmgard Borghouts-Van De Pas, Labour Market Participation of the Disabled: Policies and Practices in Europe, European Journal of Social Security 12 (2010), 121, 134 – 137 für das Jahr 2003.

beitslosigkeit“ ein hinreichender Indikator für die Leistungsfähigkeit des Beschäftigungssystems ist. Denn „Arbeitslosigkeit“ ist nur eine unter vielen Formen der „Nichterwerbstätigkeit“ an sich Erwerbsfähiger (im Alter von 15/16/25 bis 65 Jahren). Andere sind zB vorzeitiger Rentenbezug und Vorruhestand oder Sozialleistungsbezug wegen Erwerbsunfähigkeit. Die meisten Untersuchungen in diesem Bereich haben einen *arbeitsmarktpolitischen Fokus* und dienen letztlich der Transparenz des Arbeitsmarktgeschehens. Man kann als ihr Ergebnis festhalten, dass es nicht ausreicht, die Leistungsfähigkeit nationaler Arbeitsmärkte an der Arbeitslosenquote, auch nicht ihren international standardisierten Definitionen und Messinstrumenten festzumachen, sondern es müssen die anderen Formen der Nichterwerbstätigkeit auch untersucht werden, in die Personen dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgegliedert werden können.

Als Beispiel sei auf die Ergebnisse von Konle-Seidl und Lang⁵ verwiesen, die 2006 die Verteilung der Bezieher von Sozialleistungen im erwerbsfähigen Alter zwischen 15 und 64 Jahren untersuchten. Zwischen den einzelnen Ländern war die Quote der Sozialleistungsbezieher an allen Personen im erwerbsfähigen Alter sehr unterschiedlich und innerhalb dieser Quote variierte die Verteilung auf die unterschiedlichen Sozialleistungssysteme noch stärker.

Anteil der Bezieher von Sozialleistungen an der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15-64 Jahre) in 2004⁶

	Dänemark	Schweden	UK	Niederld	Deutschld
Vorruhestand	5,2	0,67			3,75
Sozialhilfe	2,57	4,82	5,93	3,05	3,41
Erwerbsunfähigkeit ⁷	1,73	9,41	7,66	8,77	3,09
Arbeitslosigkeit	4,13	19,75	2,11	2,82	7,37
Insgesamt	13,63	34,65	15,7	14,64	17,62

5 Konle-Seidl/Lang, Erwerbsfähige Transferbezieher im internationalen Vergleich, BArbBl 10/2006, S.14 – 22; diess. Von der Reduzierung zur Mobilisierung des Arbeitskräftepotenzials. Ansätze zur Integration von inaktiven und arbeitslosen Sozialleistungsbeziehern im internationalen Vergleich. IAB-Forschungsbericht Nr. 15, Nürnberg, 2006.

6 Nach Konle-Seidl/Lang, Abbildung 1 in BArbBl 2006, 15.

7 Nur für Schweden, nicht aber für die anderen Länder wird auch der Bezug von Krankengeld berücksichtigt, Konle-Seidl/Lang Konle-Seidl, Von der Reduzierung zur Mobilisierung des Arbeitskräftepotenzials. Ansätze zur Integration von inaktiven und arbeitslosen Sozialleistungsbeziehern im internationalen Vergleich. IAB-Forschungsbericht Nr. 15, Nürnberg S. 51 ff., Tabellen 4a – 4e.

Es springt sofort ins Auge, dass Deutschland und Dänemark im Vergleich zu anderen Ländern eine sehr niedrige Quote an Empfängern von Leistungen bei Erwerbsminderung/Invalidität, dagegen eine mittlere bzw. hohe bei Arbeitslosigkeit haben. Diese Relationen haben sich auch durch eine ähnlich Untersuchung der Autorinnen für die Jahre 2008 und 2012 nicht wesentlich verändert.⁸ Auch andere Ländervergleich kamen vorher und später auf der Basis vor allem der Daten von Eurostat zu ähnlichen Relationen.⁹

Dabei zeigt schon die Stärke der Abweichungen zwischen den einzelnen Ländern, dass sie nicht bzw. nicht überwiegend durch Faktoren wie demografische Struktur und Gesundheitszustand erklärt werden können. Auch wurden diese Faktoren in einigen Untersuchungen in dem herangezogenen empirischen Material neutralisiert, mit dem Ergebnis, dass die starken Unterschiede in der Verteilung der nicht erwerbstätigen Bevölkerung auf die Sozialleistungssysteme die unterschiedliche Relevanz der Absicherung gegen Erwerbsminderung auch dann bestehen blieben.¹⁰ Entscheidend sind also institutionelle Faktoren, die Sozialleistungssysteme und ihre Ausgestaltungen und die Muster betrieblicher Personalpolitik. Letztere wurden nie in die Untersuchungen einbezogen und sind auch nur schwer zwischen Ländern zu vergleichen.

Die Unterschiede in der Verteilung zwischen den Systemen werden nach Ansicht von Konle/Lang vor allem durch zwei institutionelle Faktoren erklärt: (a) die unterschiedliche Definitionen von Erwerbsunfähigkeit (und auch dauerhafter Arbeitsunfähigkeit) im Verhältnis zur Arbeitslosigkeit und (b) die unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen zu den jeweiligen Systemen (Anwartschaften; Schwellenwerte etc). Die Folge dieser „falschen“ Zuweisung zu Systemen der Absicherung bei Erwerbsminderung ist, dass diese Personen nicht als Arbeitslose gezählt, meist nicht dem rigiden System der Prüfung der Verfügbarkeit für den Arbeitsmarkt unterworfen, ihre Reintegration in den Arbeitsmarkt aber auch nicht so intensiv wie die von Arbeitslosen gefördert werde und ihre Leistungen anders finanziert werden würden.

Dahinter steht die Ansicht, dass Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit eine Alternative zur Arbeitslosigkeit und dem Empfang von Arbeitslosengeld seien. Diese oft vertretene Aussage¹¹ ist zwar auf den ersten Blick sehr plausibel, aber auch nur begrenzt konkret belegbar (dazu unten 2.2.3).

8 Regina Konle-Seidl/ Thomas Rhein/Parvati Trübswetter, Erwerbslose und Inaktive in verschiedenen Sozialsystemen, IAB-Kurzbericht 8/2014, S. 4 jetzt bezogen auf alle Langzeit-Nichterwerbstätige.

9 Axel Börsch-Supan, Health and disability insurance, ZAF 4/2011, S. 349-362; Christoph Schnell, Bei Erwerbsminderung (Älterer): Ausgliederung aus dem Erwerbsleben vermeiden, Soziale Sicherheit 2010, 218, 221 ff.; Marcel Erlinghagen/Lina Zink, Arbeitslos oder erwerbsunfähig? Unterschiedliche Formen der Nicht-Erwerbstätigkeit in Europa und den USA, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 3/60 (2008), S. 579, 592; Pierre Koning/Daniel Van Vuuren, Hidden Unemployment in Disability Insurance, Volume 21 (2007), Issue 4-5, 611–636; nur für Deutschland OECD 2003 ebda., S. 47 - 53. Jochen Clasen u.a., Non-employment and the welfare state, UK and Germany compared, Anglo-German Foundation for the Study of Industrial Society, Sept. 2004, S. 18 ff.

10 Vgl. die Diskussion bei Erlinghagen/Zink 2008 ebda., S. 579-608 und Börsch-Supan/Brugiavini/Croda 2009 ebda., S. 341-358 sowie sehr ausführlich Börsch-Supan 2011 ebda., S. 349-362.

11 OECD 2003 Fn. 3, S. 91 - 95 – noch sehr vorsichtig; deutlich Pierre Koning/Daniel Van Vuuren, Hidden Unemployment in Disability Insurance, Volume 21 (2007), Issue 4-5, 611–636.

1.1.2 Sozialpolitischer Ansatz

Einige Untersuchungen fragen danach ob und wie die Struktur speziell der Rente bei Erwerbsminderung das jeweilige Ausmaß beeinflusst, in dem in einem Land die Nichterwerbstätigen diesem System zugewiesen werden. Die OECD 2003¹² und Börsch-Supan u.a. 2009¹³ und 2011¹⁴ neutralisieren alle anderen Faktoren der Zuteilung zu Systemen der Erwerbsminderung (Gesundheit, Demografie) und führen die hohe Quoten von Erwerbsminderungsrentnern in einigen Ländern auf zwei Diskrepanzen in der Ausgestaltung der Leistungen bei Erwerbsminderung zurück: Die Höhe der Leistungen und die niedrige Schwelle beim Eintritt in das System (keine/geringe Vorversicherungs- oder Vorbeschäftigungszeiten; Leistung schon bei einem niedrigen Grad an Erwerbsminderung; Leistungen bei spezifischer Berufsunfähigkeit).

1.1.3 Stellenwert des Ländervergleichs: Weite, ungenaue Definitionen, fehlende Bewertung der Alternativen

Auf einige Probleme dieser Untersuchungen sei hingewiesen.

1.1.3.1 Weite, ungenaue Definitionen

(1) Vor allem in den arbeitsmarktpolitischen Vergleichen wird die Definition von „disability pension“ entsprechend der Terminologie von Eurostat¹⁵ sowohl auf die EM-Rente im engeren Sinne wie auch auf den Zugang zu vorzeitigen Altersrenten speziell wegen einer Erwerbsminderung angewandt (dazu unten 2.2.3). Das sind aber zwei sehr unterschiedliche Leistungssysteme. So lassen sich die geringen Quoten für die „EM-Rente“ in Deutschland und in Dänemark¹⁶ eventuell allein daraus erklären, dass es in beiden Ländern ausgeprägte spezielle Programme vorzeitiger Altersrenten für Erwerbsgeminderte/Schwerbehinderte gab/gibt.

(2) Das Problem ist bei allen Vergleichen, dass sie zwar auf einem von der EU-Beschäftigungsstatistik definierten Begriff von „Behinderung“ beruhen, der aber weder mit den Definitionen der Leistungsfälle der nationalen Sozialleistungssysteme übereinstimmt noch mit denen der sehr unterschiedlichen allgemeinen nationalen Kategorisierungen und Umsetzungspraktiken. So benutzen die Länder sehr unterschiedliche Definitionen der „Erwerbsminderung“ (Bezug auf das allgemeine Leistungsvermögen, die letzte Arbeit, den letzten/überwiegend praktizierten Beruf), die nicht kongruent sind und die sich in der Statistik

12 OECD 2003 Fn. 3, S. 94 ff.

13 Axel Börsch-Supan/Agar Brugiavini/Enrica Croda, The Role of Institutions and Health in European Patterns of Work and Retirement, in: Journal of European Social Policy 4/19 (2009), S. 341-358.

14 Börsch-Supan 2011 Fn. 9, S. 349-362.

15 Es ist die des European Labour Force Survey (LFS), Sondererhebung 2002. Vgl. zu den Definitionen VO (EG) Nr. 1566/2001 v. 12. Juli 2001 ABI L 208 v. 1.8.2001 S. 16 ff.

16 Vgl. Paul Bingley/Nabanita Datta Gupta/Michael Jørgensen/Peder J. Pedersen Health, Disability Insurance and Retirement in Denmark, in: David A. Wise (ed), Social Security Programs and Retirement Around the World: Disability Insurance Programs and Retirement 2014 (im Erscheinen) unter: <http://www.nber.org/chapters/c13326.pdf>.

wohl nur schwer vereinheitlichen und vor allem in einem Vergleich, der dann auch die Faktoren der Differenzen in der Verteilung auf die unterschiedlichen Systeme untersuchen will, genau abbilden und neutralisieren lassen. Das Gleiche gilt für die unterschiedlichen Systeme, eine Erwerbsminderung zu messen (ärztliches, berufskundliches Gutachten mit welchen Kriterien). Wie groß hier die Differenzen zwischen den Staaten sind, weiß man nicht genau. Deshalb ist der Einfluss dieser Faktoren schwer zu bewerten (dazu sogleich 1.1.2).

So ist die Aussage von Konle/Lang¹⁷ problematisch, dass dann, wenn man die deutschen Konzepte von Arbeitslosigkeit und Erwerbs(un)fähigkeit auf die Verteilungsregime der anderen Länder anwenden würde, sich die Arbeitslosenzahlen in Großbritannien, den Niederlande und Schweden erheblich erhöhen und dementsprechend die Zahlen jener Länder für Empfänger von Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit und Krankheit reduzieren würden. Zudem werden damit nicht die unterschiedlichen Systemmerkmale, in die die EM-Renten eingebettet sind und erst ihre Wirksamkeit entfalten, neutralisiert, wie der Einbezug von Selbständigen in die Sozialversicherung.

(3) Die Leistungssysteme der Arbeitslosigkeit und bei Invalidität sind auch so angelegt, dass sie nicht nur gegenseitig austauschbar sind, sondern auch nebeneinander ein Risiko absichern können. Sie sind dann nicht klar voneinander zu trennen und lassen sich nicht als Alternativen verstehen (dazu unten 2.1.2 und 2.1.3).¹⁸ Dies gilt einmal für teilweise erwerbsgeminderte Personen, die zumindest in Deutschland sowohl eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung und zugleich Leistungen für Arbeitslose aus der Arbeitslosenversicherung und dem SGB II erhalten können, und zum anderen für die „Aufstocker“, deren spezielle Sozialversicherungsleistungen bei Erwerbsminderung und/oder Arbeitslosigkeit so gering sind, dass sie zusätzlich Sozialhilfe sei es für Erwerbsgeminderte (SGB XII) sei es für (erwerbsfähige, aber teilweise erwerbsgemindert) Arbeitslose (SGB II) beziehen.¹⁹

„Doppelmitgliedschaften“ sind zwar bisher auch für Deutschland kaum untersucht. Aber ihre Zuordnung in sozialpolitischen Vergleichen und ihre Analyse als ein Pfad aus der Erwerbsarbeit in die Sozialleistungssysteme sind sehr schwierig. Denn hier müssen sehr unterschiedliche Systeme kombiniert und mit einander vereinbart werden: Einerseits Versicherungssysteme mit Zugangsvoraussetzungen (Anwartschaften) und an den vorherigen Beiträgen orientierten Leistungen ohne Bedürftigkeitsprüfung und andererseits Sozialhilfe ohne Zugangsschranken außer der Bedürftigkeit und mit Mindestleistungen. Ähnliche Überschneidungen dürfte es auch in anderen Ländern geben, vor allem jenen mit einer Sozialversicherung des „Bis-

17 Konle-Seidl/Lang BArbBL 2006 Fn. 5, S. 15.

18 Konle-Seidl/Rhein/Trübswetter IAB-Kurzbericht 8/2014, S. 5 berücksichtigen das über Daten aus der Inkommensstatistik, ohne dies aber mit den Daten strikter Zuordnung abgleichen zu können.

19 So bekamen 2011 20.4% der Haushalte mit einem Erwerbsminderungsrentner aus dem Zugangsjahr 2008 Sozialhilfe, Stefanie Martin/Pia Zollmann, „Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung“, Projektbericht I zur Studie, DRV-Schriftenreihe Nr. 99, 2012, S. 38 ff., dort auch Zahlen zur Armutsgefährdung, insbesondere wenn Kinder im Haushalt leben.

marck'schen“ Typus, deren Leistungen an die Höhe der vorherigen Beiträge gekoppelt sind und die deshalb (oft) durch Sozialhilfe aufgestockt werden müssen. Dieser Sachverhalt wird in keiner der Vergleichsanalysen thematisiert.

1.1.3.2 Fehlender Einbezug der Alternativen

(1) Zum einen wären bei einem Ländervergleich weitere wichtige institutionelle Faktoren einzubeziehen. Die Verteilung Nicht-Erwerbstätiger in erwerbsfähigen Alter auf unterschiedliche Sozialleistungssysteme hängt immer von den generellen sozialpolitischen Strukturentscheidungen über Alternativen im System der sozialen Sicherung sowie zwischen dem System der sozialen Sicherung und der Arbeitspolitik ab, die dann wiederum die konkret-individuellen Wahlentscheidungen der einzelnen Akteure (Arbeitgeber, Arbeitnehmer/Versicherte, Sozialleistungsträger) auf der Suche nach der Lösung des Problems der Erwerbsminderung leiten. Es geht auf der struktur- wie der Akteursebene immer um Entscheidungen zwischen unterschiedlichen Optionen in der Reaktion auf vorhandene oder antizipierte soziale Risiken.

Wollen die Untersuchungen diese Verteilung im Vergleich modellhaft rekonstruieren und analysieren, müssen sie die relative Position des Leistungssystems bei Erwerbsminderung (in seinen wesentlichen Faktoren) zu den anderen Alternativen in einem Land abbilden, um andere wichtige institutionelle Faktoren der Verteilungen gerade in diesem Land einfangen zu können. Deshalb hilft zB der Vergleich allein der (relativen) Höhe und Summe der erwarteten Leistungen bei Invalidität zwischen den Ländern weniger, als der Vergleich der Reichhaltigkeit und Attraktivität der Optionen in den Ländern.

Die Untersuchungen der OECD und von Börsch-Supan²⁰ spannen ihre Analyse aber nicht so weit. Die OECD berücksichtigt vor allem die Höhe der Invaliditätsrente.²¹ Börsch-Supan et al. berücksichtigten 2008 für Deutschland nur die Daten für die EM-Rente, wohl nicht die der „Alternative“ Arbeitslosigkeitsversicherung noch der besonderen Absicherung durch die Sozialhilfe/Staatsbürgerversorgung als Mindestsicherung.²² 2011 thematisiert er dieses Problem, aber bezieht – mangels verfügbarer und verknüpfbarer Daten – nur einige Merkmale der Arbeitslosenversicherung (z. B. nicht die Leistungsdauer) ein.²³ Zudem bleiben wichtige Alternativen aus dem „Gesamtangebot“ eines Landes an Leistungen für Erwerbsgeminderte unberücksichtigt wie Altersteilzeit, vorzeitiger Bezug der Altersrente, die Länge des Bezugs von Arbeitslosengeld/Krankengeld, die allgemeine Sozialhilfe für jene, die die hohen Voraussetzungen der Invaliditätsrente nicht erfüllen oder deren spezielle Sozialversicherungsleistung

20 Börsch-Supan/Brugiavini/Croda 2009 Fn. 10, S. 341-358 betrachten nur die zu erwartende Höhe der Sozialleistungen bei Erwerbsminderung (Faktor SSWREL, S. 352), nicht die anderen Exit-Optionen.

21 OECD Fn. 12.

22 Börsch-Supan/Brugiavini/Croda 2009 ebda. Fn. 10. Wieweit die Merkmale des Systems der Arbeitslosigkeit Eingang gefunden haben, bleibt offen.

23 Börsch-Supan/Brugiavini/Croda 2009 ebda. Fn. 10, S. 349, 355/6.

aufgestockt werden muss, und vor allem nicht die Alternative, auf geeigneten Arbeitsplätzen bleiben (evtl. bei bestehenden Senioritätsregeln im Entlassungs- und Kündigungsschutz) oder Leistungen bei Erwerbsminderung mit Lohnarbeit verbinden zu können (mit der daraus problematischen Einordnung der Person als Empfänger von Sozialleistungen).

So könnte die relativ niedrige Zahl an EM-Renten in Deutschland auch darauf zurück zu führen sein, dass es bisher für Erwerbsgeminderte zahlreiche Alternativen zur Rente gab und zum Teil noch gibt (Vorruhestand²⁴; § 428er Regel beim Arbeitslosengeld). Umgekehrt könnte die EM-Rente in anderen Ländern so zahlreich gewählt werden, nicht weil sie (im Verhältnis zu anderen Ländern) besonders hoch ist, sondern weil es im Land für die Betroffenen an sozialpolitischen Alternativen fehlt. Für letztere Länder wäre die sozialpolitische Schlussfolgerung aus der Untersuchung nicht gerechtfertigt, das Niveau der EM-Rente abzusenken oder seine optimale Höhe zu finden, sondern eher spricht vieles dafür, die Alternativen zum Rentenbezug auszubauen.

(2) Da die Alternativen nicht hinreichend berücksichtigt werden, kann die Verteilung in unterschiedliche Systeme und die Zuteilung zur EM-Rente nicht hinreichend erklärt werden. Weder kann eine direkte Kausalität zwischen institutionellen Faktoren (Höhe der EM-Rente) und der Quote der Personen in diesen Leistungen plausibel nachgewiesen, noch gar ihr Einfluss auf die Wahlentscheidung/Wanderungsbewegungen der Erwerbsgeminderten als Gruppe wie als Einzelne für das eine oder andere Leistungssystem. Zudem stößt ein solcher Kausalitätsnachweis auf allgemeine methodische Probleme.²⁵

Alle wichtigen Alternativen zur EM-Rente einzubeziehen und ihren relativen Stellenwert genauer zu analysieren setzt einen umfassenden, standardisierten Datenpool voraus und würde zu einer äußerst aufwändigen Analyse führen.

(3) Unter einem Aspekt könnte es sogar gleichgültig sein, wie sich im Ländervergleich die nichterwerbstätigen und nicht erwerbsfähigen Sozialleistungsempfänger auf die einzelnen Sozialleistungssysteme verteilen. Vor allem wäre dies irrelevant, so lange die unterschiedlichen Systeme adäquate (und eventuell gleich kostengünstige) Leistungen und Lösungen für die sozialen Probleme bereithalten, sie also „objektiv bedarfsgerecht“²⁶ sind. Es wäre also zB genauer danach zu fragen, ob und wie sich die jeweilige Verteilung zwischen den einzelnen Leistungssystemen auf die angemessene Problembehandlung und Risikovorsorge in eventuell ganz unterschiedlichen Systemen der (Re-) Aktivierung und der Wiedereingliederung in das Beschäftigungssystem auswirkt.

24 Der Vorruhestand ist auch 2012 nach Konle-Seidl/Rhein/Trübswetter 2014 Fn. 8, S. 4 in Deutschland immer noch die häufigste Option.

25 So zu Recht die Vorbehalte bei Erlinghagen/Zink 2008 Fn. 9, S. 579, 599.

26 Zu diesem normativen Konzept und seinen Spielarten und Abgrenzungen jüngst für die GKV Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 2014, Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Bonn 2014, S. 31 ff., unter <http://www.svr-gesundheit.de>

Dieser Aspekt wird zwar von einigen Autoren²⁷ angesprochen; unterschwellig unterstellen sie aber alle, dass die Zuteilung zum System der Leistungen bei Erwerbsminderung zumindest dahin tendiere, die Betroffenen auf Dauer auszugliedern. Dies ist explizit und ausführlich der Ansatz der OECD von 2003.²⁸ Sie ging davon aus, dass die hohe Anzahl von Beziehern von Leistungen bei Erwerbsminderung auch dazu führe, diese Personen dauerhaft aus dem Arbeitsmarkt auszugliedern und ihr Erwerbspotential nicht angemessen auszunutzen. Ein System der Arbeitslosenversicherung oder Sozialhilfe würde dagegen viel stärker auf die Re-Integration orientieren, wenn es nicht gar nach dem Modell der „Workfare“ ausgerichtet ist und starken Druck auf die Rückkehr in den Arbeitsmarkt ausübt.

Schon 2006 betonten Konle-Seidl/Lange²⁹, dass einige Länder mit hohen Quoten von Invaliditätsrentnern ihre Systeme hin zu mehr Aktivierung weiter entwickeln und damit versuchen würden, eine dauerhafte „Ausgliederung“ zu vermeiden. So hat das UK schon 2006 geplant und 2008 realisiert, den „incapacity benefit“ durch die „employment and support allowance“ abzulösen. Letztere hat das gesamte System der Absicherung von Erwerbsgeminderten stark eingeschränkt und auf die Aktivierung und Reintegration in den Arbeitsmarkt konzentriert.³⁰ Dennoch scheint nach der Untersuchung von Konle-Seidl/Rhein/Trübswetter 2014 dort 2008 wie 2012 weiterhin die relative Bedeutung der Leistungen bei Krankheit/Erwerbsunfähigkeit dominant zu sein,³¹ was auch die Empfängerzahlen der UK-Statistik bestätigen.³²

1.1.3.3 Methodische Probleme

(1) Diese Untersuchungen³³ kommen immer zu dem Ergebnis, dass die unterschiedlichen Quoten an Personen im System der „disability pension“ nicht von den unterschiedlichen Gesundheitslagen in den einzelnen Ländern, sondern von der Ausgestaltung der Sozialleistungssysteme selbst abhängen. Betrachtet man allerdings allein die eigentlichen EM-Renten ohne die vorzeitigen Altersrenten für Erwerbsgeminderte, so bekommt der Gesundheitsstatus eine sehr viel stärkere Bedeutung, sowohl individuell innerhalb eines Landes wie zwischen den Ländern.³⁴

(2) Schließlich beruhen alle Vergleiche auf statischen Bestandsaufnahmen zu einem Zeitpunkt oder im Durchschnitt eines Jahres. Wichtig wäre es aber zwischen Zugang und Abgang zu/aus

27 Konle-Seidl/Rhein/Trübswetter, Parvati 2014 Fn. 8 und Konle-Seidl/Lang Fn. 5.

28 OECD 2003 Fn. 3, passim, insbes. S. 57 – 99, 125 – 138 und 155 - 169.

29 Vgl. Fn. 27.

30 Ein Vergleich des alten und neuen Systems findet sich in CPAG, Welfare Benefits and Tax Credits Handbook, 12th edition, London 2010, Chapter 7 S. 139 ff. und Chapter 12, S. 288 ff. Ansonsten vgl. unten Fn. 127.

31 Konle-Seidl/Rhein/Trübswetter, Parvati 2014 Fn. 8, S. 4.

32 Von 2.6 Mio Nov. 2007 auf 2.4 Mio Empfänger Feb. 2014 (Incapacity Benefit und ESA zusammen) https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/363793/stats-summary-oct14-final.pdf.

33 S. Fn. 9, vgl. Konle-Seidl/Rhein/Trübswetter 2014 Fn. 8; Börsch-Supan 2011; Erlinghagen/Zink 2008 und OECD 2003.

34 Ana Llana-Nozal/Theodora Xenogiani, What Drives Inflows Into Disability? Evidence from Three OECD Countries: Australia, Switzerland, United Kingdom, OECD Social, Employment and Migration Working Papers, Nr. 117, 2011. Vorher schon Jenny Roberts/Nigel Rice/Andrew M. Jones, Early retirement and inequality in Britain and Germany: How important is health? HEDG Working Paper 08/27.

einem System zu unterscheiden.³⁵ Weshalb in einem Land viele/wenige Personen in einem Leistungssystem durchschnittlich in einem Jahr oder zu einem festen Zeitpunkt verweilen, kann einmal davon abhängen, dass der Zugang zum System leicht/schwierig ist. Ein hoher Bestand kann aber auch in einem System mit restriktivem Zugang dann entstehen, wenn der Abgang aus dem System schwierig ist. Dahinter verbergen sich also wesentliche sozialpolitische und sozialrechtlich/sozialadministrative Fragen. Man mag zwar den Zugang zu den EM-Renten dem Risiko entsprechend sehr genau kontrollieren, wichtig wäre es aber auch, den Abgang aus dem System, die Reintegration in den Arbeitsmarkt für jene zu verbessern, bei denen eine Reintegration möglich ist. Der Vergleich bleibt also unscharf und bietet den verglichenen Ländern keine genaueren Anhaltspunkte, was denn die Ursache für ihre Bestandsgröße jeweils ist.

1.2 Probleme und Forschungsfragen

Unbestritten dürfte sein, dass sich die Merkmale und Besonderheiten der Pfade aus der Erwerbstätigkeit in die EM-Rente und die Relevanz des speziellen Leistungssystems zur Absicherung bei Erwerbsminderung gut über einen Vergleich mit anderen Systemen in unterschiedlichen, aber vergleichbaren Ländern herausarbeiten lassen. Aus den bisherigen recht zahlreichen Untersuchungen lassen sich drei Ergebnisse mit großer Sicherheit feststellen.

- (1) Fast alle Länder der OECD mit entwickelten Sozialleistungssystemen haben in den letzten beiden Jahrzehnten mit dem Umbau der Sozialleistungssysteme hin zu einer größeren Betonung der Integration in den Arbeitsmarkt auch ihre Leistungssysteme bei Erwerbsminderung strikter auf Reintegration ausgerichtet.³⁶
- (2) Die Quote der Personen im Erwerbsalter die speziell eine Leistung zur Absicherung des Risikos der Erwerbsminderung beziehen (Rente wegen Erwerbsminderung/Invalidität), ist zwischen den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich; Deutschland hat eher eine sehr niedrige Quote.
- (3) Diese Unterschiede sind weniger/gar nicht auf Faktoren wie „demografische Zusammensetzung der Bevölkerung“ und ihr „Gesundheitszustand“ zurück zu führen, sondern eher auf die Ausgestaltung der Sicherungssysteme im Kontext aller Alternativen der sozialen Sicherung und Arbeitspolitik.

Darüber hinaus bestehen aber große Vorbehalte gegenüber den bisherigen Ländervergleichen.

35 Dazu Hugo Benítez-Silva/Richard Disney/Sergi Jiménez-Martín, Disability, capacity for work and the business cycle: an international perspective, *Economic Policy* 25/63 (2010), 483 – 536, m.w.N. 486/7

36 Zum Konvergenzprozess vgl. Christopher Prinz/William Tompson, Sicknes and disability benefit programmes: What is driving policy convergence? *ISSR* 4/2009, 41 – 61; Stamatia Devetzi/ Sara Stendahl, Comparing Legal Reforms and Legal Strategies, in: Devetzi, Stamatia/Stendahl, Sara (Hg.), *Too sick to work. Social Security Reforms in Europe for Persons with Reduced Earnings Capacity*, 2011, S. 167 – 174; Stamatia Devetzi, Reforms of Incapacity Benefits Systems in Europe, in: Devetzi, Stamatia/Stendahl, Sara (Hg.), *Too sick to work. Social Security Reforms in Europe for Persons with Reduced Earnings Capacity*, 2011, S. 175 – 184.

Es erscheint zweifelhaft, ob sie allgemein für die Unterschiede in den „policies“ bei Erwerbsminderung und speziell für die EM-Rente zu hinreichend differenzierteren Ergebnissen kommen können und es ist zweifelhaft, ob noch stärker ausdifferenzierte Untersuchungen diese Vorbehalte zu beseitigen vermögen.

Zusätzliche Erkenntnisse über die Besonderheiten und Probleme der Pfade aus dem Erwerbssystem in den Bezug einer EM-Rente und das Verhältnis und die Interdependenzen zwischen einzelnen Leistungssystemen können besser durch Verlaufsstudien in einem Land gewonnen werden, die z. B. die Auswirkungen untersuchen, die die Änderungen/der Wegfall eines Übergangssystems auf die anderen Systeme dieses Lands hat. In Deutschland gab es einen solchen Bruch in den Jahren 2008 bis 2011, als gleich mehrere „Alternativen“ zur EM-Rente sukzessive fortfielen.

- (1) Die öffentlich geförderte Alternative „Altersteilzeit“ lief mit dem 31. Dezember 2009 aus, und galt vorübergehend weiter nur noch für Personen, die bis dahin die Voraussetzungen (Erreichen des 55. Lebensjahrs und Vereinbarung mit dem Arbeitgeber) erfüllt hatten,³⁷ andere, nicht mehr öffentlich geförderte Modelle wurde nur noch auf arbeitsrechtlicher Basis in einigen Sektoren fortgeführt.
- (2) Die Alternative „verlängertes Arbeitslosengeld“ gem. § 428 SGB III³⁸ galt bis zum 31. Dezember 2007,³⁹ und übergangsweise weiter für jene, bei denen die Voraussetzungen bis dahin schon vorlagen (Vollendung des 58. Lebensjahrs und Entstehung eines Anspruchs auf Arbeitslosengeld), so dass sie mit der noch möglichen maximalen Laufzeit des Arbeitslosengeldes von 2-3 Jahren nachwirken konnte.⁴⁰ Darauf führt die BA z. B. den Anstieg arbeitsloser Schwerbehinderter im Alter über 57 Jahren in 2008 von 9000 auf 2011 42.000 zurück.⁴¹
- (3) Schließlich liefen zwei wichtige Formen einer „vorzeitigen Altersrente“ mit Abschlag, die Altersrente für Frauen und die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit und nach Altersteilzeit, nach einer langen Zeit des Übergangs⁴² aus, konnten nur noch vom Jahrgang 1951 bis zur Erreichen der Altersrente beansprucht werden, müssen also ab dem Jahr 2012 abnehmen.⁴³

37 § 16 AltTZG idF v. Art. 95 Nr. 17 G v. 23.12.2003, BGBl I 2848 (Drittes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt).

38 Sie ist eine wichtige Alternative für Personen gewesen, die für sich keine Chancen auf dem Arbeitsmarkt sehen: Christina Wübbecke, Ältere Arbeitslose am Scheideweg zwischen Erwerbsleben und Ruhestand: Gründe für ihren Rückzug vom Arbeitsmarkt, JLabour Market Research 2013, 61 – 82.

39 § 428 Abs. 1 Satz 3 SGB III idF Art. 1 Nr. 21 G v. 22.12.2005, BGBl I 3676 mWv 31.12.2005 (Fünftes Gesetz zur Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze).

40 Der Leistungsempfang von SGB III-Leistungen vor dem Jahr des Leistungsfalls Erwerbsminderung ging von 2005 auf 2006 und dann noch einmal von 2007 auf 2008 und von 2008 auf 2009 stark zurück, DRV (Hrsg.), Rentenversicherung in Zeitreihen 2013, 2014, S. 73.

41 BA (Hrsg.), Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Die Arbeitsmarktsituation von schwerbehinderten Menschen Mai 2014., S. 8.

42 Zuletzt Art. 1 RV-AltersgrenzenanpassungsG v. 20.4.2007, BGBl I, 576.

43 Vgl. die Zahlen des Rentenzugangs für 2011 und 2012 in DRV (Hrsg.), Rentenversicherung in Zeitreihen 2013, S. 64.

Zu untersuchen wäre, welche Ausweich- und Kompensationsreaktionen es gab und welche Auswirkungen diese Änderungen auf die Zugänge zur EM-Rente hatten. Bei oberflächlicher Analyse zeichnen sich 2011, 2012 und 2013 bei den Neuanträgen an EM-Renten und der Zuerkennung von Arbeitsmarktrenten kaum Änderungen ab.⁴⁴ Bestätigt sich dies durch eine genauere Analyse, spräche das dafür, dass das Leistungssystem der EM-Rente in Deutschland die Zugangsberechtigung relativ selbständig von den Änderungen in anderen Alternativen Übergangswegen bestimmt. Dagegen zeigen sich in der Statistik der Neuzugänge von Altersrenten geringe Veränderungen ab: Der Zugang aus dem Versicherungsstatus aus Altersteilzeit/Vorruhestand ging für den Neuzugang 2012 leicht zurück, stark war der Rückgang des Zugangs aus einem Versicherungsverhältnis wegen Leistungsempfangs nach dem SGB III schon 2008 auf 2009.⁴⁵

2. Der Weg durch das Sozialleistungssystem zur EM-Rente – Abgestimmte und funktionierende Zuständigkeiten?

Spätestens seit dem Wandel hin zu einer „aktivierenden Sozialpolitik“ in den meisten europäischen Ländern⁴⁶ wie auch durch die im vorigen Abschnitt erörterten Ländervergleiche und Analysen über die Zuordnung von Erwerbsgeminderten/Erwerbslosen zu unterschiedlichen Sozialleistungssystemen ist sozialpolitisch klar, dass Erwerbsminderung ein Risiko ist, das nicht allein und keineswegs vorrangig von der Rentenversicherung oder anderen Leistungssystemen über dauerhafte Lohnersatzleistungen getragen, sondern präventiv verhindert bzw. wieder beseitigt werden sollte. Dass langdauernde Erkrankung, Behinderung und Erwerbsminderung von fast allen Sozialleistungssystemen und allen Sozialversicherungssystemen bearbeitet werden und eine übergreifende präventive Ausrichtung der Sozialpolitik notwendig ist, ist eine Erkenntnis, die z. B. schon die „Väter“ der modernen deutschen Sozialpolitik der Nachkriegszeit in der Sozialenquête von 1966⁴⁷ in den Vordergrund gestellt hatten. So schlugen sie vor, die vielfältigen Überschneidungen in einer einheitlichen Regelung aller Leistungsfälle⁴⁸ und durch die Verantwortlichkeit nur einer Institution⁴⁹ aufzuheben und die Leistungen selbst konsequent auf „Aktivierung“⁵⁰ auszurichten. Ihre damalige Analyse, die Leistungen der Prävention und Rehabilitation wie die Verfahren der Leistungserbringung und Ko-

44 DRV (Hrsg.), Rentenversicherung in Zeitreihen 2013, S. 44; DRV (Hrsg.), Indikatoren zu Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) im Zeitablauf, Stand: Mai 2014.

45 DRV (Hrsg.), Rentenversicherung in Zeitreihen 2013, 2014, S. 76; kaum signifikant ähnliche Änderungen bei den Neuzugängen in die EM-Rente, ebda. S. 73.

46 Vgl. oben Fn. 36.

47 Hans Achinger/Walter Bogs/ Helmut Meinhold/Ludwig Neundörfer/Wilfried Schreiber, Sozialenquête, o J (1966), Rn. 733 - 858, S. 261 - 302.

48 Ebda. Rn 827/8 und 831 - 835, S. 291 - 294. Umgesetzt erst durch das Rehabilitationsangleichungsgesetz vom 7. 8. 1974 (BGBl I 1881).

49 Ebda. Rn. 831 ff., S. 293 ff. und Rn. 843 ff., S. 297 ff.

50 Ebda. Rn 821 ff., S. 290 ff., unter Verwendung dieses Terminus Rn. 836, S. 204.

operation seien unabgestimmt, kann auch heute noch, wenn auch auf einem anderen Niveau und vor höheren Anforderungen, aufrecht erhalten werden.

2.1. Normative Leitbilder des Weges in die EM-Rente

Aus den gesetzlichen Regelungen lassen sich bestimmte normative Leitbilder über den Übergang vom Erwerbsleben in die (Erwerbsminderungs-) Rente entnehmen, die es einmal herauszuarbeiten gilt und die dann auf ihre Realisation zu untersuchen sind. Das machen einige markante Regelungen deutlich, die teilweise schon eine lange Tradition haben, teilweise aber erst im Rahmen der Reformen der letzten Jahrzehnte erlassen worden sind.

2.1.1 Leistungen der GKV bei Eintritt einer Erwerbsminderung

Als Gründe für die Stellung des Antrags auf eine EM-Rente gaben 89,7% der Antragsteller des Neuzugangsjahres 2008 an, nur noch eingeschränkt/gar nicht mehr arbeitsfähig gewesen zu sein, 13,6% dass die Zahlung des Krankengelds beendet war und 13,5% zur Antragstellung von der Krankenkasse aufgefordert worden zu sein; bei der Antragstellung wurden sie zu 60,2% von ihrem Arzt, zu 29,1% von dem Arzt der Reha-Klinik beraten.⁵¹ Die Relevanz der Leistung von Krankengeld nahm auf dem Weg in die EM-Rente ständig zu. Vom Zugangsjahrgang 2008 in die EM-Rente bezogen 1999 40% mit durchschnittlich ca. 30 Tagen Krankengeld, 2007 waren es 45% mit durchschnittlich über 90 Tagen.⁵²

Dass Krankengeldbezug und mit ihm auch die medizinische Behandlung im institutionellen Kontext der GKV der häufigste Weg in die EM-Rente ist, verwundert nicht, setzt die EM-Rente als Anspruchsvoraussetzung doch eine Erwerbsminderung *wegen* einer Krankheit oder Behinderung voraus. Dementsprechend wichtig sind die Regelung im Schnittpunkt von GKV und EM-Renten.

Dennoch bleibt ein großes Problem in der sozialpolitischen und sozialrechtlichen Analyse. „Offiziell“ registriert das System der Sozialleistungen die gesundheitlichen Probleme meist erst, wenn die Zeit der Lohnfortzahlung abgelaufen und Krankengeld zu leisten ist. Das ist immer erst nach 6 Wochen Krankheit, oft – bei verschiedenen Erkrankungen oder bei tariflich vereinbarten längeren Zeiten der Lohnfortzahlung - sogar noch später. Von allen Arbeitsunfähigkeitstagen 2012 lagen 54,07% in dieser Zeitspanne von 6 Wochen, von den Arbeitsunfähigkeitsfällen sogar 95,84%.⁵³ Eine präventive Ausrichtung sowohl der Analysen wie der darauf aufbauenden Strategien zur Verhinderung von Erwerbsminderungsfällen müssen also

51 Stefanie Martin/Pia Zollmann/Rolf Buschmann-Steinhage, Projektbericht II zur Studie „Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung“, demnächst publiziert als Nr. 105 in der DRV-Schriftenreihe, 2014, Abschnitt 7, S. 76 ff. – Mehrfachnennungen waren möglich.

52 Pia Zollmann/Stefanie Martin, 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, RVaktuell 8/2013, S. 187, 193/4.

53 Klaus Busch, Die Arbeitsunfähigkeit in der Statistik der GKV in: Badura u.a., Fehlzeitenreport 2013, 2014, S. 447 - 458, 453.

gerade auch die Zeiten der Lohnfortzahlung auf betrieblicher Ebene in den Fokus nehmen (unten 6.1 und 6.2).

(1) Schon sehr alt ist die Regelung in § 51 SGB V,⁵⁴ wonach die Krankenkasse der Versicherten/dem Versicherten eine Frist setzen kann, den Antrag auf Leistungen von Rehabilitation (und damit implizit auch von Rente) bei der GRV zu stellen, wenn nach ärztlichem Gutachten die Erwerbsfähigkeit gefährdet oder gemindert ist. Wird der Antrag nicht gestellt, kann die Krankenkasse die Zahlung von Krankengeld einstellen. Wird der Antrag gestellt, so erlischt die Pflicht zu Zahlung von Krankengeld gem. § 50 SGB V erst, wenn der/die Versicherte Rente oder Übergangsgeld bei Maßnahmen der Rehabilitation tatsächlich erhält.

(2) Die EM-Rente wird in der Regel erst 6 Monate nach Eintritt der vollen/teilweisen Erwerbsminderung geleistet (§ 101 Abs. 1 SGB VI). Die 6-monatige Wartezeit ist mit dem 20. Rentenanpassungsgesetz vom 27.6.1977 (BGBl I 1040) eingefügt worden. Die Regelung wurde in der Stellungnahme des Bundestagsausschusses ohne Begründung in § 1276 Abs. 1 RVO eingearbeitet.⁵⁵ Die Übernahme durch das SGB VI (RRG 1992 v 18. 12. 1989, BGBl I 2261) erfolgte dann mit der kurzen Begründung, „da die (EM-) Renten nur befristet werden, wenn die Minderung der Erwerbsfähigkeit voraussichtlich nicht von Dauer ist, erfolgt insoweit eine Risikoverteilung zwischen Krankenversicherung und Rentenversicherung“.⁵⁶

1977 und in den Folgejahren war die Wartezeit von 6 Monaten also die Ausnahme. Denn sie galt nur für den Fall, dass die EM-Rente ausnahmsweise befristet wurde. Befristet werden konnte sie nur, wenn „begründete Aussicht“ bestand, dass die Erwerbsunfähigkeit/Erwerbsminderung „in absehbarer Zeit behoben sein kann“ oder (ab 1992, dazu sogleich unten 2.1.2) die Rente als Arbeitsmarktrente geleistet wurde (§ 1276 Abs. 1 RVO, § 102 Abs. 2 SGB VI). Zum Problem wurde die Wartezeit erst mit der Änderung des EM-Rentenrechts 2000/1⁵⁷, die die Befristung der EM-Rente und damit auch die Wartezeit von der Ausnahme zur Regel machte.⁵⁸ Seitdem kann nur noch von einer Befristung abgesehen und damit die EM-Rente unbefristet und ab Eintritt der Erwerbsminderung geleistet werden, wenn „unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden kann“ (§ 102 Abs. 2 S. 5 SGB VI). In den Jahre 2000 bis 2005 hat sich dementsprechend der Anteil der befristeten EM-Renten an allen Neuzugängen von EM-Renten von 23,8% auf 45,6% erhöht.⁵⁹

Damit verliert die ursprüngliche Begründung für die Wartezeit und die ihr zugrunde liegende Vermutung über den Ablauf der Dinge ihre Grundlage. Die Wartezeit wird immer angeordnet, unabhängig davon, ob es eine gleichzeitige Zuständigkeit der GKV oder der BA und eine

54 Vorläufer war § 183 Abs. 7 RVO.

55 BT-Drs. 8/337 S. 27 und 91 Art. 2 Nr. 24a (ohne Begründung)

56 BT-Drs. 11/4124 S. 176 zu § 100.

57 G v. 20.12.2000 BGBl I, 1827. Dazu BT-Drs. 14/4230 und BT-Drs. 14/4630.

58 Diese Wirkung wird in der BT-Drs. 14/4230 S. 27 nicht und in der parlamentarischen Diskussion nur von der Opposition erwähnt (BT-Drs. 14/4630 S. 48).

59 DRV (Hrsg.) Rentenversicherung in Zeitreihen 2013, S. 97.

Überschneidung mit den Risiken Krankheit und Arbeitslosigkeit gibt. Kommt es zur Erwerbsminderung wird immer zuerst einmal ein anderer Sozialleistungsträger zur Absicherung zuständig.

Dass es wegen dieser 6 Monate Frist zu Lücken in der sozialen Absicherung kommen kann, wenn die Ansprüche auf Krankengeld und Arbeitslosengeld erloschen sind und die Betroffenen Leistungen nach SGB II oder SGB XII in Anspruch nehmen müssen, ist wohl unstrittig.⁶⁰ Strittig ist, ob diese Fälle oft vorkommen, die Lücke „typisch“ und groß ist.⁶¹

(3) Auch die Regelung in § 50 Abs. 1 Nr. 1 SGB V beim Zusammentreffen von EM-Rente und Krankengeld lässt ein klares Schema des Verhältnisses zwischen Krankengeld und EM-Renten und der sozialen Absicherung auf dem Weg in die Erwerbsminderung erkennen. Sobald die volle EM-Rente geleistet wird, erlischt der Anspruch auf Krankengeld.⁶²

Dagegen wird die EM-Rente bei teilweiser Erwerbsminderung nur auf das Krankengeld angerechnet, wenn die EM-Rente nach dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit zuerkannt worden ist (§ 50 Abs. 2 SGB V). Dahinter steht, dass das Krankengeld dann noch auf der Basis eines Arbeitseinkommens berechnet wurde, dem das volle Leistungsvermögen zu Grunde liegt; die Anrechnung sichert, dass hier auch weiterhin der volle Lohn ersetzt, aber eine „Übersicherung“ vermieden wird. Wurde dagegen die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung schon vor der Arbeitsunfähigkeit zuerkannt, dürfte die Leistungsminderung auch schon vorher das Arbeitsvolumen und damit das Arbeitsentgelt, nach dem das Krankengeld berechnet wird, reduziert haben.⁶³ Dann ist es gerechtfertigt, Krankengeld und Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung nebeneinander zu zahlen. Allerdings fragt sich in diesem Fall, welche Funktion die Wartezeit dann noch haben kann.

2.1.2 Leistungen der Arbeitslosenversicherung bei Eintritt einer Erwerbsminderung

Ähnlich komplex ist das Verhältnis von Arbeitslosengeld (SGB III und II) zur EM-Rente. Mehrfach wurde bisher in empirischen Untersuchungen⁶⁴ bestätigt, dass die Zahl der Anträge auf EM-Rente konjunktur reagibel ist und mit der Zunahme der Arbeitslosenquote steigt, mit ihrem Fall sinkt (s auch unten 2.2.5). Die Zahl der EM-Rentner, die vorher Leistungen des SGB III oder SGB II bezogen, steigt kontinuierlich.⁶⁵ 2011 hatten von den 173.235 Neuzu-

60 Vgl. z. B. SG Wiesbaden am 28. 5. 2013 - S 10 AL 11/12, juris.

61 BT-Drs. 14/4630 S. 46 und 48 (CDU und Die Linke) sowie S. 49 sowie BT-Drs. 17/9527 v. 7.5.2012 Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage der Fraktion Die Linke BT-Drs. 17/9017.

62 Das gilt auch, wenn dieser Anspruch auf Krankengeld auf einer Erwerbstätigkeit beruht, die neben dem Bezug einer vollen EM-Rente ausgeübt worden ist, vgl. dazu BeckOK/Tischler § 50 SGB V Rn. 3 und 4.

63 Zu dieser Logik der Vorläufernorm § 183 Abs 5 RVO BSGE 20, 135 = SozR Nr 8 zu § 183 RVO.

64 Sehr differenzierend und z.T. verneinend: OECD Transforming Disability into Ability: Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People, Social Issues / Migration / Health 2003, S. 91 – 95.

65 Tatjana Mika/ Janine Lange/ Michael Stegmann, Erwerbsminderungsrente nach Bezug von ALG II: Auswirkungen der Reformen auf die Versicherungsbiografien, WSI-Mitt. 67 (4/2014), 277; Zollmann/Martin 2013 Fn. 52, S. 193 – 196; Kalamkas Kaldybajewa/Edgar Kruse, Erwerbsminderungsrenten im Spiegel der Statistik der gesetzlichen Rentenversi-

gängen an EM-Rentnern am Ende des Vorjahrs 14.585 (8,9%) ein Versicherungsverhältnis auf Basis des SGB III und 51.543 (29,7%) eines auf Basis des SGB II,⁶⁶ waren also vorher idR arbeitslos. Dabei ist nicht klar, wie viele der vorher auf Basis des SGB II Versicherten vorher auch schon leistungsgeminderte Empfänger von Alg nach dem SGB III waren. Als Gründe für die Stellung des Antrags auf eine EM-Rente gaben 26,1% der Antragsteller des Neuzugangsjahres 2008 an, keine Aussicht mehr auf eine Beschäftigung gehabt zu haben, 14,9% dass sie vorher lange arbeitslos waren und 13% dass die Arbeitsagentur sie zur Antragstellung aufgefordert habe, die auch 16,6% von ihnen bei der Antragstellung beraten hatte.⁶⁷

(1) Die recht alte⁶⁸ „Nahtlosigkeitsregelung“ in § 145 (vormals § 125) SGB III verpflichtet die BA, so lange zu unterstellen, eine leistungsgeminderte Person habe für mehr als sechs Monate eine Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von über 15 Std./Woche (= 3 Std./täglich), solange diese Leistungsminderung nicht vom RV-Träger (§ 43 Abs. 2 SGB VI) festgestellt worden ist. Fingiert wird damit (allein⁶⁹) die objektive Verfügbarkeit, wie sie gem. § 138 Abs. 3 SGB III für den Anspruch auf Arbeitslosengeld notwendig ist. Dadurch ist sichergestellt, dass dann, wenn während einer Arbeitslosigkeit eine Erwerbsminderung eintritt oder nach Eintritt der Erwerbsminderung die betroffene Person arbeitslos wird, erst einmal die Arbeitslosenversicherung Arbeitslosengeld zu leisten hat und von sich aus der GRV in der Feststellung der Erwerbsminderung nicht vorgreifen darf. Dass die Regelung zahlreiche Lücken hat,⁷⁰ muss hier nicht erörtert werden.

(2) Das Risiko der Arbeitslosigkeit bei voller Erwerbsminderung (= Erwerbsfähigkeit von weniger als drei Stunden täglich) liegt klar bei der GRV (§ 43 Abs. 2 Satz 3 SGB VI). Allerdings kann die BA ihre Leistung erst einstellen, wenn die EM-Rente „zuerkannt ist“ (§156 Abs. 1 Einl.satz und Nr. 3 SGB III). Warum hier sprachlich auf den frühen Zeitpunkt der Bewilligung (und der nachfolgenden Wartezeit) und nicht, wie in § 50 Abs. 1 Nr. 1 SGB V klar auf den Zeitpunkt der Zahlung der EM-Rente abgestellt wird, bleibt unklar. Das BSG hat aber früh zu Recht entschieden, dass die Vorschrift dazu dient, Doppelleistungen zu vermeiden, und ein Ruhen deshalb erst gerechtfertigt ist, wenn auch tatsächlich geleistet wird.⁷¹

(3) Komplexer ist das Verhältnis zur Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung. Arbeitet der teilweise Erwerbsgeminderte neben seiner EM-Rente noch und verliert er diese Tätigkeit,

derung – Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Männern und Frauen –, RVaktuell 8/2012, S. 212, 214/5.

66 DRV (Hrsg.), Rentenversicherung in Zeitreihen 2012, S. 73.

67 Martin/Zollmann/Buschmann-Steinhage 2014 Fn. 51, Abschnitt 7, S. 76 ff. – Mehrfachnennungen waren möglich.

68 Fast identische Vorläuferregelungen waren: §§ 103 Abs. 1 S. 3 Nr. 1 a und Abs. 3 AFG, § 105a Abs. 1 AFG.

69 Vgl. BSG 09.09.1999 - B 11 AL 13/99 R, SozR 3-4100 § 105a Nr. z = BSGE 84, 262, juris Rn. 15.

70 Dazu Karl-Jürgen Bieback, Probleme mit der Nahtlosigkeit beim Übergang des Bezugs von Arbeitslosengeld zur Erwerbsminderungsrente nach Erschöpfung des Krankengeldanspruchs, Soziale Sicherheit 2014, 382 - 386; Udo Geiger, Soziale Absicherung bei Zusammentreffen von Arbeitslosigkeit und Krankheit, info also 2008, 58 - 64 und Irene Klöcker, Die Reichweite der Nahtlosigkeitsregelung gem § 125 SGB III, NZS 2005, 181 - 187.

71 BSG v. 21.7.1977 SozR § 118 AFG Nr. 4 und BSG v. 18.3.1982 SozR 4100 § 118 Nr. 10. Die hM stimmt dieser Rspr. zu vgl. Striebinger in Gagel, SGB II/SGB III Stand EL April 2012, § 156 Rn. 19 ff. und Valgolio in Hauck/Noftz SGB III Stand V/2012, § 156 Rn. 18 ff.

erhält er Arbeitslosengeld. Kann er nicht mehr, wie die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung voraussetzt, sein Resterwerbsvermögen auf dem Arbeitsmarkt tatsächlich realisieren, wird spätestens nach einem Jahr erfolgloser Arbeitsvermittlung eine volle EM-Rente gezahlt; steht die Unvermittelbarkeit von Anfang an fest, so wird sie sofort gezahlt.⁷² Diese vom Großen Senat des BSG entwickelte „konkrete Betrachtungsweise“ ist auf große Kritik gestoßen,⁷³ vor allem weil sie das Arbeitsmarktrisiko von der BA auf die GRV verlagert.⁷⁴ Der Gesetzgeber hat sie erst spät ausdrücklich durch G v. 20.12.2000 (BGBl 2000 I, S. 1827) normiert. Schließlich ist diese „Risikoteilung“ auch dadurch anerkannt worden, dass sich die BA an den Kosten der Arbeitsmarktrenten beteiligen muss (§ 224 SGB VI). Die Lösung ist wohl sachlich vertretbar, wenn auch nicht optimal.⁷⁵

(4) So weit Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung und Arbeitslosengeld wegen Verlust des Arbeitsverhältnisses im Restleistungsvermögen zusammenfallen, kann die BA - ähnlich wie bei § 51 SGB V die Krankenkasse - der/dem Arbeitslosen eine Frist setzen, innerhalb der ein Antrag auf volle EM-Rente gestellt werden muss, und bei erfolglosem Ablauf der Frist die Leistung von Arbeitslosengeld einstellen. Voraussetzung ist, dass die/der Arbeitslose das „Restleistungsvermögen unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht mehr verwerten“ kann (§ 156 Abs. 1 S. 2 SGB III), also nach Rentenrecht nicht nur eine Rente wegen teilweiser, sondern wegen voller Erwerbsminderung zu leisten ist.

2.1.3 Vorheriger Bezug von Sozialhilfeleistungen/SGB II

Wegen der Lückenhaftigkeit der „Nahtlosigkeitsregelungen“ im SGB III oder wegen der Möglichkeit, dass Krankengeld oder Arbeitslosengeld ausgelaufen sind, bevor EM-Rente zu leisten ist, sind die Fälle von Leistungen der Sozialhilfe (SGB II oder SGB XII) vor Bezug der EM-Rente möglich und wachsen ständig. 2011 hatten von den Neuzugängen an EM-Rentnern am Ende des Vorjahrs 51.543 (29,7%) ein Versicherungsverhältnis auf Basis des SGB II, 2006 waren es noch 27.091 (18%).⁷⁶

72 Gert H. Steiner, Berufs- und wirtschaftskundliche Aspekte bei Erwerbsminderungsrenten, SGB 2011, S. 310 ff., 365/66. Vgl. zum alten Recht Vereinbarung vom 7.12.1978 zwischen dem VDR und der BA über das Verfahren nach dem Beschluss des Großen Senats des BSG vom 10.12.1976 in DRV 2002, 192 ff., § 4 Abs. 3.

73 Wolfgang Fichte, Renten- und verfassungsrechtliche Absicherung älterer Versicherter im Spiegel der Rechtsprechung, DRV 2/2010, 397 – 420, 407 ff.; Ursula Köbl in: GK-SGB VI § 43 Rn. 209 ff.; Franz Ruland, Der Einfluss der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts auf das Recht der gesetzlichen Rentenversicherung, in: M. v. Wulffen/E.O. Krasney, Festschrift 50 Jahre Bundessozialgericht, 2004, S. 599, 602 ff.; Ursula Köbl, Übergreifende soziale Risiken – Arbeitslosigkeit, in: Schriftenreihe des deutschen Sozialrechtsverbandes Bd. 33, 1990, S. 47, 58 – 61; Peter Kamprad, Der Zugang älterer langzeitarbeitsloser Versicherter zur Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, DRV 1992, 584 ff. alle m. w. N. A.A. und – mit einigen Einschränkungen – für diese Lösung Peter Krause, Die teilweise Leistungsminderung als Grenzproblem der Arbeitslosen- und der Invaliditätsversicherung in der Bundesrepublik, in: Ingwer Ebsen (Hrsg.), Invalidität und Arbeitsmarkt, 1992, 189 ff.; Ursula Köbl, Rente vor Rehabilitation? VSSR 1979, 1 ff., 9 ff.

74 So BT-Drs. 13/8011 S. 49. Zum neuerlichen Rückgang der „Arbeitsmarktrenten“ T. Moll/U. Stichnoth, Die quantitative Entwicklung der Renten wegen Erwerbsfähigkeit, DAngVers 2001, 419, 423.

75 Holger Viebrok, Absicherung bei Erwerbsminderung, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Einkommenssituation und Einkommensverwendung älterer Menschen. Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung. Band 3, 2006, S. 292; Karl-Jürgen Bieback Fn. 1 S. 23 – 25 mwN.

76 DRV, Rentenversicherung in Zeitreihen 2013, S. 73. Wegen dem Wegfall der Versicherungspflicht von Beziehern von

Müssen die teilerwerbsfähigen Bezieher einer vollen EM-Rente der GRV als „Arbeitsmarktrente“ ihre oft sehr niedrige Rente durch Sozialhilfe aufstocken, geschieht dies durch Leistungen des SGB II. Denn die Bestimmung des Ausschlusses von Leistungen des SGB II wird in § 8 SGB II genauso wie die alternativ in Frage kommenden Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in § 41 SGB XII allein nach der abstrakten Leistungsfähigkeit von 3Std./Tag bestimmt.⁷⁷ Die „Arbeitsmarktrentner“ liegen „an sich“ über dieser Schwelle, fallen also unter das SGB II. Für die Leistungen nach dem SGB II müssen die Rentner aber „verfügbar“ sein, was auch mit Sanktionen durchsetzbar ist. Bei den „richtigen“ Beziehern einer Rente wegen voller Erwerbsminderung stockt dagegen die Grundsicherung nach dem SGB XII die Rente auf, die keine Verfügbarkeit voraussetzt und bei der Anrechnung von Einkommen und Vermögen wie der Heranziehung Unterhaltsverpflichteter andere Regelungen als das SGB II kennt. Man kann diesen Unterschied damit rechtfertigen, dass im ersten Fall ja tatsächlich eine Chance der Wiedereingliederung besteht. Dennoch ist zweifelhaft, ob dieser geringe Unterschied die erhebliche Ungleichbehandlung rechtfertigen kann. Zudem verwundert die fehlende Abstimmung zwischen SGB VI und SGB II in der Bestimmung der teilweisen Erwerbsminderung. Es wäre gut zu wissen, ob sie in der Praxis eine Rolle spielt oder sich die Jobcenter – entgegen ihrem gesetzlichen Auftrag (§ 1 Abs. 2 S. 4, § 2 und § 3 Abs. 2a und Abs. 3 SGB II) - nicht um eine forcierte Vermittlung in den Arbeitsmarkt bemühen.

2.1.4 Unabgestimmte Voraussetzungen der Reha

§ 102 Abs. 2 S. 5 SGB VI bestimmte mit der Umkehr von der grundsätzlich unbefristeten zur befristeten und damit auch zur um 6 Monate verzögerten Leistung der EM-Rente (s. oben 2.1.2) auch, dass ausnahmsweise eine Befristung entfällt und damit auch sofort zu leisten ist, „wenn unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden kann“. Nach herrschender Meinung wird diese sehr schwer zu konkretisierende „Unwahrscheinlichkeit“⁷⁸ dahin verstanden, dass die Erwerbsminderung ein Dauerzustand sei und auch nicht behoben werden könne, wenn „alle Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind“ und dennoch eine Erwerbsminderung verbliebe.⁷⁹

Zwar ist das nur die Normierung einer prognostischen Einschätzung zum Zeitpunkt der Ent-

Leistungen des SGB II betrug die Zahl für die 159.867 Neuzugänge 2012 34.693 (21,4%) auf Basis des SGB II und 16.371 (10,1%) „Anrechnungszeitversicherte“, der neue Status der SGB II Empfänger, DRV (Hrsg.), Statistikband Rentenzugang 2012, 2014, Tabelle 110.00Z, S. 33.

77 BSG ebda. und Hänlein in Gagel SGB II/III § 8 SGB II, Rn. 17; Knickrehm in: Eicher/Spellbrink, SGB II 2. Aufl 2008, § 5 Rn. 27, 29; Blüggel, in Eicher/Spellbrink, SGB II 2. Aufl 2008 § 8, Rn. 7. Allgemein: Stefan Rixen, Erwerbsfähigkeit als Normalität. Zum Normalisierungspotenzial eines zentralen Ordnungsbegriffs der Grundsicherung für Arbeitsuchenden (SGB II), Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 1/2008, 46 – 52.

78 Wolfgang Fichte, Renten- und verfassungsrechtliche Absicherung älterer Versicherter im Spiegel der Rechtsprechung, DRV 2/2010, 397, 412/13; Monika Majerski-Pahlen, Die Neuregelung der Renten wegen Erwerbsminderung - Probleme der Rechtsanwendung | NZS 2002, 475-479.

79 BSG 29.03.2006 - B 13 RJ 31/05 R, SozR 4-2600 § 102 Nr 2 = BSGE 96, 147-153 Rn. 14, 20-23; KassKomm-Kater, Stand 81. EL 20014, § 102 SGB VI Rn. 12; Wolfgang Fichte ebda.

scheidung über die Erwerbsminderung, also keine Verpflichtung zur vollen Ausnutzung aller Rehabilitationsmöglichkeiten. Aber sie impliziert doch, dass solche Maßnahmen zur Beseitigung der Erwerbsminderung im Bereich des Möglichen sind, und d. h. dass sie nach dem üblichen Lauf der Dinge wenn notwendig auch vorgenommen werden. Und sie stimmt mit der generellen Normierung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Rente“ überein (§ 9 Abs. 2 SGB VI; § 8 II SGB IX).⁸⁰

Wegen des finalen Charakters der Rehabilitation überlappen sich die Leistungskompetenzen der GRV und des SGB II und III im Bereich der beruflichen Rehabilitation und der GRV und GKV im Bereich der medizinischen Rehabilitation stark. Eine Abgrenzung wird hier vor allem über Vorrangregelungen und Leistungsausschlüsse vorgenommen.⁸¹

(1) Voraussetzungen der beruflichen Rehabilitation

Traditionell ist die BA in der *beruflichen Rehabilitation* gegenüber anderen Sozialversicherungsträgern nachrangig zur Leistung verpflichtet, und zwar schon dann, wenn der andere Rehabilitationsträger dem Grunde nach zuständig ist (§ 22 Abs. 2 SGB III);⁸² § 22 Abs. 2 SGB III statuiert davon z. T. wieder Ausnahmen. Auch § 38 SGB IX erkennt die vorrangige Sachkunde der BA an. Trotz subsidiärer Zuständigkeit in der beruflichen Rehabilitation leistete die BA seit Jahren für Erwachsene ungefähr genauso viel, insgesamt aber fast das Doppelte wie die GRV⁸³ wobei die vielen Leistungsausgaben der BA im Vorfeld einer Behinderung noch nicht berücksichtigt sind.

Vor diesem Hintergrund verwundert, dass zahlreiche Untersuchungen gleichermaßen ergeben, dass die GRV bei ca. 40% der Neuzugänge an EM-Renten im Zeitraum von 5 Jahren vor Rentenbeginn keine Leistungen der medizinischen Rehabilitation erbracht hat,⁸⁴ und gar bei 98% keine Leistungen der beruflichen Rehabilitation.⁸⁵

Dass die BA trotz gesetzlich normierter Nachrangigkeit in der Praxis vorrangig Leistungen der beruflichen Teilhabe erbringt, dürfte auch daran liegen, dass die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Leistung der beruflichen Rehabilitation seit den

80 Zu ihm Schütte, Wolfgang, Der Vorrang von Rehabilitation vor Rente - Rechtlicher Rahmen, ZSR 50 (2004), S. 111 – 130; Oltzen, Andreas, Der Vorrang von Rehabilitation vor Rente – Konkretisierung, ZSR 50 (2004), S. 131 - 140.

81 Vgl. jetzt für den Bereich der beruflichen Rehabilitation Jochen Hartmannshenn, Neuordnung der Arbeitsmarktintegration behinderter Menschen, 2014, S. 34 – 80.

82 BSG SozR 4100 § 57 Nr. 9 und Nr. 11, BSG SozR 2200 §§ 1236 Nr. 15; BSG SozR – 2200 § 1236 Nr. 1

83 Differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen DGB (Hrsg.), arbeitsmarktaktuell 7/2012, S. 4/5 und insges. S. 16/17 unter <http://www.dgb.de/service/newsletterarchiv/arbeitsmarktpolitik>. Ansonsten Reha Bericht der Bundesregierung 2009, S. 72/3. Zu früheren Zeiten: 4. Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation, 1998, S. 5960: 1996 4,8 Milliarden BA gegenüber 2,0 Milliarden GRV; BA (Hrsg.) Arbeitsmarkt 2003, 2004 S. 114 und VDR Statistik zu den Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe 2003: 2,9 Milliarden zu 1,2 Milliarden €.

84 Oskar Mittag/Christina Reese/Cornelia Meffert, (Keine) Reha vor Rente: Analyse der Zugänge zur Erwerbsminderungsrente 2005 – 2009, WSI-Mitt. 2014, 149 – 155; Martin/Zollmann/Buschmann-Steinhage 2014 Fn. 51, Abschnitt 6.3 S. 57/8, 6.5 S. 62 ff. und 6.7 S. 69 ff.

85 Stefanie Martin/Pia Zollmann, Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung, RVaktuell, 2011, 121, 122.

Änderungen von 1984 in der GRV erheblich höher als in der Arbeitslosenversicherung sind.⁸⁶

Einmal sind die persönlichen Voraussetzungen für die Leistungsansprüche, die Umschreibung des zu verhindernden Risikos, erstaunlich unterschiedlich und im SGB VI restriktiver geregelt. Im SGB III sind sie traditionell sehr offen formuliert: Gemäß §§ 112 und 117 SGB III wird allein auf eine Relation zwischen der Schwere der Behinderung und der Gefahr einer Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben abgestellt, die Schwere der Behinderung selbst aber nicht umschrieben, auch nicht durch § 19 Abs. 1 SGB III und dessen sehr allgemeinen Verweis auf § 2 Abs. 1 SGB IX. Noch offener ist die aktive Arbeitsmarktpolitik des SGB III, die bei vielen Eingliederungsleistungen nur Gefährdungstatbestände („drohende Arbeitslosigkeit“ in §§ 17, 44, 45, 78, 81, 110, 111 SGB III) verlangt oder die Zugehörigkeit zu einer Problemgruppe des Arbeitsmarkts (Alter, mangelnde Qualifikation etc) ausreichen lässt. Dagegen verlangt die GRV seit dem 1.1.1982,⁸⁷ dass die Erwerbsfähigkeit „erheblich“ gefährdet oder gemindert ist, d. h. sie bezieht sich sehr eng (1) allein auf die Ursache des verringerten individuellen Arbeitsvermögen aus medizinischen Gründen, (2) auf das abstrakte Arbeitsvermögen, d. h. ohne Differenzierung nach besonderen Gruppen, und (3) auf ein sehr spätes Stadium („erheblich“). Die Definition des zu vermeidenden Risikos ist in der GRV also sehr eng und stimmt nicht mit dem heute allgemein anerkannten weiten Begriff der Behinderung und der drohenden Behinderung im SGB IX überein.

Sind in der GRV die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sehr hoch: Beitragszeiten von 15 Jahren oder der Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, d. h. mindestens fünf Jahre Anwartschaften (§§ 11 iVm § 51 SGB VI) und der (teilweise) Eintritt des Risikos. Im SGB III gibt es keine Anwartschaftszeiten für die Sach- und Dienstleistungen und nur die niedrigere Anwartschaft des Arbeitslosengeldes für die Lohnersatzleistungen.

(2) Voraussetzungen der medizinischen Rehabilitation

In der *medizinischen Rehabilitation* knüpft die Leistungszuständigkeit der GKV nur an die Beeinträchtigung durch Krankheit an (§40 Abs. 1 und 2 SGB V) und verlangt nicht, wie in der GRV, auch eine Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit (§ 10 SGB VI). Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind in der GRV zwar geringer als für die berufliche Rehabilitation, aber immer noch erheblich höher als die insoweit ganz fehlenden Voraussetzungen der GKV (§ 11 Abs. 1 und 2 SGB VI; in der GKV nur Mitgliedschaft). Die Zuständigkeit der GKV ist umfassender, die der GRV spezieller. Deshalb ist es hier auch rechtlich-systematisch klarer, dass die Abgrenzungen zwischen GKV und GRV dem Modell des Nachrangs der GKV gegenüber den Leistungen der GRV folgt. Gravierend bleibt die Diskrepanz auch, weil die Leistungen in der GKV Pflicht-, in der GRV Ermessensleistungen sind.

86 Vgl. die Übersicht bei Voelzke in Deinert/Neumann (Hrsg.), *Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen*, 2.Aufl. 2009, § 11, Rn. 148 ff., 156 (SGB III) und Rn. 203 ff. (RV).

87 2. Gesetz zur Verbesserung der Haushaltsstruktur vom 22.12.1981, BGBl I, S. 1523; schon das 20. Rentenanpassungsgesetz vom 27.6.1977 BGBl I, S. 1040 hatte die Anwartschaftszeiten für die berufliche Rehabilitation angehoben.

(3) Instrumente/Leistungen der Prävention und Rehabilitation

Zwar sind die *Instrumente der Prävention und Rehabilitation* im SGB III und SGB II vielfältiger und detaillierter geregelt, als die der beruflichen Teilhabe der GRV in §§ 33-35 SGB IX (iVm § 16 SGB VI). Da der Leistungskatalog des SGB IX aber offen formuliert ist („insbesondere“), ist er an sich mit dem des SGB III und II identisch. Aber schon der signifikante Unterschied⁸⁸ zwischen BA und GRV in der Bewilligung von Eingliederungszuschüssen zeigt, wie viel aktiver die BA in den Markt interveniert, um Reintegration zu ermöglichen.

Nur die besonderen Leistungen der beruflichen Teilhabe für Behinderte sind gem. § 102 SGB III Pflichtleistungen, die allgemeinen Leistungen der beruflichen Teilhabe für Behinderte sind Ermessensleistungen, wobei das Handlungsermessen in der Regel schon vom Tatsächlichen her gebunden sein wird.⁸⁹ Die Entscheidung „ob“ geleistet wird („Handlungsermessen“), kommt nach Rechtsprechung des BSG in der GRV einer Pflichtleistung nahe,⁹⁰ da die Reha an die Stelle der Pflichtleistung Rente treten soll. Aber die zahlreichen unbestimmten Rechtsbegriffe in der Definition der Leistungsvoraussetzungen und das „Auswahlermessen“ über das „wie“ geben beiden GRV und BA hinreichend Spielräume.

Deswegen konnte auch die Deckelung der Ausgaben für die Rehabilitation der GRV (1982)⁹¹ ohne weitere Änderung des Rehabilitationsrechts umgesetzt werden. Der Deckel wird jetzt mit der Steigerung des durchschnittlichen Bruttoentgelts fortgeschrieben (§§ 220 und 287b SGB VI). Das berücksichtigt nicht den zunehmenden Bedarf, der durch Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge bis 1965 in das „Rehabilitationsalter“ ab dem 45. Lebensjahr entstanden ist. Die Rentenreform 2014⁹² hat dies mit einer „Demografiekomponente“ aufgefangen, die ab 1.1.2014 gilt. Sie wird aber ab 2021 das Budget senken, wenn der Berg der Babyboomer allmählich zurückgeht. Die Leistungen im SGB III und SGB II sind zwar nicht budgetiert, aber in den letzten Jahren insgesamt, im Bereich SGB II sogar erheblich zurückgegangen.⁹³

2.1.5 Gesetzliche Anforderungen an die Kooperation der Sozialleistungsträger

(1) Instrumente des SGB IX

Die Zuständigkeiten aller Sozialleistungsträger überlappen sich fast durchweg. Ihre Koopera-

88 DRV (Hrsg.), Statistik der Rehabilitation 2011, S. 203: 11.224 Leistungen an Arbeitgeber; BA (Hrsg.), Arbeitsmarkt 2011, S. 123: 126.000 Eingliederungszuschüsse. Zu früheren Unterschieden Holger Viebrok, Absicherung bei Erwerbsminderung, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Einkommenssituation und Einkommensverwendung älterer Menschen. Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung. Band 3, 2006, S. 317.

89 So zu Recht Voelzke in: Deinert/Neumann (Hrsg.), Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, 2. Aufl. 2009, § 11 Rn. 189 gegen Bieritz-Harder in HK-SGB IX § 33 Rn. 7 und Lauterbach in Gagel SGB III, § 97 Rn 50.

90 BSG SozR 3-2600 § 10 Nr. 2 m.w.N.; Bieritz-Harder in: HK-SGB IX, § 33 Rz. 6.

91 2. Gesetz zur Verbesserung der Haushaltsstruktur vom 22.12.1981, BGBl I, S. 1523.

92 Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungsgesetz) v. 23.06.2014 - BGBl I Nr. 27 v. 26.06.2014, S. 787.

93 Vgl. DGB (Hrsg.) Fn. 83.

tion und Abgrenzung sind traditionell wichtige Themen zuerst des Reha-Angleichungsgesetzes und nun des SGB IX. Hier sind zahlreiche neue Verfahren geschaffen worden, die Gegenstand intensiver juristische Analysen sind (Koordinierungs- und Kooperationsgebote gem. §§ 10 – 12 SGB IX; Zuständigkeitsklärung gem. § 14 SGB IX; Servicestellen (§§ 22 ff. SGB IX); Gemeinsame Empfehlungen gem. § 13 Abs. 2 SGB IX; „persönliches Budget“ § 17 Abs. 2 SGB IX).⁹⁴ Gerade die „Gemeinsamen Empfehlungen“ der BAR⁹⁵ können über das „Vorfeld“ der Rehabilitation den Verlauf hin zur EM-Rente steuern. Sie gibt es zB für alle Aspekte der Kooperation der Sozialleistungsträger untereinander wie spezieller als Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“, „Teilhabeplan“, Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“, „Frühzeitige Bedarfserkennung“. Problematisch ist hieran allerdings, dass die Gemeinsamen Empfehlungen „Verwaltungsvereinbarungen“ sind, die sehr oft nur allgemeine Vorgaben machen, die weder den Versicherten subjektive Rechte einräumen noch zwingende Sanktionen kennen und deren Umsetzung bisher nicht evaluiert worden ist.⁹⁶ Zwingende Vorgaben für eine Begutachtung nach gemeinsamen Kriterien und in kooperativen Verfahren gibt es nicht – hier reicht die Soll-Vorschrift zur Kooperation in § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX nicht aus.

Durchweg greifen die Instrumente des SGB IX nur in dem Fall, dass eine Beeinträchtigung von mehr als 6-monatiger Dauer eingetreten ist oder „einzutreten droht“ (§ 2 Abs. 1 S. 2 SGB IX). Das kann zu einem recht späten Zeitpunkt feststehen.

(2) Verbindung mehrerer Risiken/Risikolagen

Die Anzahl der Langzeitarbeitslosen (Arbeitslosigkeit von mehr als einem Jahr), die gesundheitlich beeinträchtigt sind, liegt regelmäßig zwischen 43 und 46%.⁹⁷ Arbeitslosigkeit auf Grund gesundheitlicher Beeinträchtigungen dürfte eine der typischen Vorstufen der Erwerbsminderung sein. Hier ist die Prävention und auch Risikoabsicherung zwischen der GKV und BA geteilt. Dies Problem der geteilten Verantwortung ist zwar den Akteuren bewusst und ist auch in einer „Empfehlung zur Zusammenarbeit zwischen der Bundesagentur für Arbeit (BA) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ vom Februar 2012⁹⁸ niedergelegt. Zwingende Verfahren der gemeinsamen Problemdefinition und Problembearbeitung gibt es aber nicht. Beide Seiten wollen das Problem mit einem

94 Vgl. jetzt Hartmannshenn 2014 Fn. 81, S. 96 – 103 und 109 - 120.

95 Abzurufen unter http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Gemeinsame_Empfehlungen_71.pdf

96 BAR, Jahresbericht 2010/2011 über die Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 Abs. 8 SGB IX (unter: http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/2_Jahresbericht_GE.pdf) beschränkt sich auf die Wiedergabe von Stellungnahmen der Sozialleistungsträger und ihrer Verbände.

97 BA, Arbeitsmarkt 2012, 2013, S. 148 und BA, Arbeitsmarkt 2000, 2001, S. 196 jeweils Tabelle „Langzeitarbeitslose (ein Jahr und länger) nach Strukturmerkmalen; Deutschland“.

98 http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2012/Empfehlung_Zusammenarbeit_BA-GKV_zu_Arbeitslosigkeit_und_Gesundheit_2012_19463.pdf.

erweiterten „Casemanagement“ bearbeiten.

Dabei greift auch die Prävention der GRV immer weiter in die Vorstufen der EM aus und deckt sich damit mit den Zuständigkeiten und Aktivitäten der GRV und der BA. So können Leistungen der medizinischen Rehabilitation für „Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben“ schon erbracht werden, wenn bei ihnen „nach ärztlicher Feststellung erste Störungen vorliegen“.⁹⁹

2.2 Probleme und Forschungsfragen

Der Gesetzgeber geht also durchweg in vielen Regelungen von dem Muster aus, dass der Zugang zur EM-Rente aus dem Bezug von Leistungen der GKV oder der Arbeitslosenversicherung/dem SGB II heraus geschieht. Damit steht die GRV vor allem mit der Leistung einer EM-Rente am Ende der Leistungskette und muss alle vorher geschehenen Versäumnisse und Fehler „ausbaden“.

2.2.1 Grenzen institutioneller Interessen Erwerbsminderung zu verhindern

SGB III und SGB V sehen Regelungen vor, wie sie (voll) Erwerbsgeminderte in den Rentenbezug überleiten können; Krankenkassen und BA können die/den Versicherten zwingen, eine volle EM-Rente zu beantragen, die dann die Leistung von Krankengeld/Arbeitslosengeld verdrängt. Insoweit ist die EM-Rente vorrangig gegenüber diesen anderen Leistungen, setzt aber in der Regel wegen der Wartezeit von 6 Monaten erst nach der Leistung von Krankengeld oder Arbeitslosengeld ein. Bei teilweiser Erwerbsminderung kann die EM-Rente neben Kranken- und Arbeitslosengeld geleistet werden. Ist die teilweise Erwerbsminderung nur ein Zwischenstadium auf dem Weg zur vollen Erwerbsminderung, können sowohl die GKV wie die BA auch in diesem Fall die Versicherten zwingen, die volle EM-Rente zu beantragen.

In beiden Fällen besteht die Gefahr, dass es keine Anreize für die GKV und die BA gibt, die Probleme der drohenden Erwerbsminderung selbst mit ihren Leistungen zu lösen. Auf der anderen Seite kann die GRV oft schon mangels Kenntnis der drohenden Erwerbsminderung nicht rechtzeitig intervenieren und ist auf die Entscheidung der GKV/BA angewiesen.

Während die GKV meist Leistungen erbringt, deren Dauer bzw. Wiederholungsfrequenz nicht absehbar ist, gibt es besonders gravierende Probleme bei den Leistungen der BA nach dem SGB III. Die Hauptleistung Arbeitslosengeld der BA wird idR nur für 1 Jahr, bei Personen ab 50 je nach Alter und nur wenn ganz erhebliche Vorversicherungszeiten vorliegen auch maximal bis zu 2 Jahren (§147 Abs. 2 SGB III) geleistet wird. In einem wohl großen, aber schwer

99 § 2 Abs. 2 S. 1 Gemeinsame Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI über medizinische Leistungen für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben (Richtlinien zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit) vom 5. September 1991 in der Fassung vom 23.09.2008, unter http://www.deutsche-rentenversicherung-regional.de/Raa/Raa.do?f=SGB6_31ANL3.

zu bestimmenden Teil der Fälle „lohnt“ es sich für die BA also nicht im Sinne einer Vermeidung der Zahlung von Arbeitslosengeld, langdauernden Leistungen (Weiterbildung; Eingliederungszuschüsse) zu erbringen, da sie so langfristig gar nicht für die Absicherung des Risikos zuständig ist. Wenn sich an den Bezug des Arbeitslosengelds nach SGB III Bedürftigkeit und Leistungen nach dem SGB II anschließen, sind Leistungen nach dem SGB III ausgeschlossen (§ 22 Abs. 4 SGB III). Darauf zu warten, ist für die BA „attraktiv“, da der Bund Förderleistungen nach dem SGB II finanziert und über sie eine andere Institution als die BA entscheidet (Jobcenter oder Optionskommune).¹⁰⁰

Wie sich dies auf die Praxis der BA auswirkt, ist schwer zu sagen. Feststellen lässt sich nur, dass der Leistungstyp, der am stärksten auf lange Dauer angelegt und am kostspieligsten ist, die berufliche Weiterbildung, stark zurückgefahren worden ist¹⁰¹ und oft durch Sonderprogramme des Bundes und der EU zusätzlich finanziert wurde.¹⁰²

Das Rehabilitationsrecht hat die Möglichkeit einer entsprechenden Orientierung der BA teilweise auch gesehen. Das erklärt auch die Regelung in § 14 Abs. 1 S. 4 SGB IX, die es der BA für den Fall, dass bei ihr ein Reha-Antrag eingeht, verbietet selbst zu prüfen, ob sie wegen der Subsidiaritätsklausel gem. § 22 Abs. 2 SGB III gar nicht zuständig ist oder ob dann, wenn keine Reha (LTA) geleistet würde, die GRV eine EM-Rente zu gewähren hätte. Die BA muss also immer vorleisten und kann sich die Kosten allenfalls von der GRV erstatten lassen, wenn sie für die Zuständigkeit der GRV „konkrete Anhaltspunkte“ hat und die GRV selbst geprüft hat (§ 14 Abs. 4 S. 2 SGB IX), dass sie eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung zu erbringen hätte, mit Ausnahme der Arbeitsmarktrente.

Rechtlich und tatsächlich steht die Rentenversicherung mit der Gewährung von EM-Renten am „Ende“ der Sozialleistungskette. Sie muss alle Folgen des Nichtstuns, Abwärtens/Abschiebens, Falschbegutachtens und Falschdeklarierens und Fehlleistens anderer Sozialleistungsträger durch die Gewährung von Rehabilitationsleistungen und vor allem EM-Renten auffangen. Es ist für sie von großem Interesse zu erfahren, wann vorher welche Leistungsträger in welcher Art und Weise in den sich anbahnenden Prozess zur Erwerbsminderung eingeschaltet waren, vor allem welche Leistungen erbracht wurden. Erst wenn über diese Verläufe eine gewisse Klarheit erlangt ist, kann man Einzelfragen einer Neu-Konzipierung der hier kritisierten Regelungskonzepte über den Weg in die Erwerbsminderung und vor allem zur Prävention von Erwerbsminderungsrisiken angehen. Erst wenn man die Abläufe

100 In der Literatur wird nur der Fall diskutiert, dass ein Leistungsempfänger während des Bezugs von Leistungen nach dem SGB III gleichzeitig hilfsbedürftig nach SGB II wird („Aufstocker“), dann sei der Ausschluss von Leistungen gem. § 22 Abs. 4 SGB III nicht anzuwenden und Weiterleistung zu bejahen vgl. Schmidt-De Caluwe in: Mutschler/Schmidt-De Caluwe/Coseriu SGB III, 5. Aufl. 2013, § 22 Rn. 84; Thie in LPK-SGB II 4. Aufl. 2011, § 16, Rn. 9.

101 Teilnehmer an Maßnahmen der Weiterbildung und Umschulung 1993: 722.000, 2005: 114.000, 2011: 161.000 in jeweils BA (Hrsg.), Arbeitsmarkt 2000 (S. 118), 2005 (S. 127) und 2011 (S. 123). Die Zugangszahlen sind höher, da die kurz laufenden Maßnahmen von 3-6 Monaten zugenommen haben; ohne Maßnahmen für behinderte Menschen.

102 Zum Sonderprogramm WeGeBAU: Margit Lott/Eugen Spitznagel, Präventive Arbeitsmarktpolitik. Impulse für die berufliche Weiterbildung im Betrieb, IAB-Kurzbericht 11/2010; Übersicht ESF Förderung in: BT-Drs. 18/2127 v. 16.7.2014; BMAS/ESF/EU, Entwurf der Förderbedingungen zum ESF Bundesprogramm v. 18.9.2004.

kennt, kann man diskutieren, wie die Kooperation verbessert werden kann und wie eventuell Elemente in das Leistungsrecht eingebaut werden können, die die einer EM-Rente vorgeschalteten Leistungssysteme dazu bringen, stärker im eigenen Interesse präventiv und rehabilitativ tätig zu werden.

Ebenso ist bisher wenig bekannt, welche Rolle die Verteilungs-Regelungen überhaupt spielen (die Möglichkeit von GRV und BA zum Antrag auf Rehaleistungen und EM-Renten zu zwingen; Verweise innerhalb der Regelungen nach dem SGB IX; Fälle von Doppelzuständigkeiten sowohl zwischen BA und GKV wie auch zwischen BA/GKV und GRV), wie sie umgesetzt werden, auf welche sozialen Problemlagen und Verwaltungsroutinen sie treffen. Hier bestehen erhebliche Wissenslücken.

2.2.2 Konzentration der Zuständigkeiten

Ein Weg, der an sich nahe liegt, um viele Probleme der Koordination und Kooperation zu lösen, wird hier nicht weiter erörtert: Die gesamte Absicherung des Risikos der Erwerbsminderung oder zumindest die Zuständigkeit zur Rehabilitation bei einem Träger zu konzentrieren. Die Konzentration der gesamten Absicherung des Risikos der Erwerbsminderung bei einem Träger hatte schon die Sozialenquête von 1966 gefordert.¹⁰³ Und erst neuerdings ist wegen der dargestellten (oben 2.1.3) komplizierten Regelungen der beruflichen Rehabilitation und der faktischen Dominanz der BA in diesem Bereich dafür plädiert worden, die berufliche Rehabilitation nur bei einem Träger, der BA, zu lokalisieren.¹⁰⁴

Die vollständige Übertragung der Risikoabsicherung auf einen Träger könnte als Beispiel auf die Niederlande verweisen, wo die Leistung an Krankengeld wie an EM-Rente selbst der bei Berufsunfall einem eigenständigen System (allerdings mit z. T. unterschiedlichen Regeln) übertragen worden ist (s. unten 6.1.2). Aber auch dann bleiben Abgrenzungs- und Überschneidungsprobleme zur Arbeitslosenversicherung und zur medizinischen Rehabilitation im Bereich der Krankenbehandlung der Krankenversicherung – ganz zu schweigen von den Widerständen gegen eine Reform, die „nur“ die institutionelle Anbindung ändert.

Eine Herauslösung der Zuständigkeit für Prävention und Integration aus den Systemen, die ansonsten immer noch für die Absicherung des Lebensunterhalts und die monetären Leistung bei Eintritt des Risikos zuständig bleiben (GRV, SGB II und XII), zerstört den Zusammenhang von Prävention, Rehabilitation und Entgeltersatzleistungen und nimmt den Institutionen den finanziellen Anreiz zur Integration („Rehabilitation vor Rente“), wenn sie nicht die vollen Kosten der unterlassenen/misslungenen Integration tragen müssen. Es fragt sich welches „institutionelle Interesse“ die BA bei der kurzen Laufzeit des Arbeitslosengeldes von einem Jahr an einer aufwändigen beruflichen Weiterbildung haben soll, wenn im Fall des Misslingens die

103 Achinger u.a. oben Fn. 49.

104 Hartmannshenn 2014 Fn. 81.

GRV oder die Sozialhilfe die Folgen in Form von Entgeltersatz-/Unterhaltsleistungen tragen müssen.¹⁰⁵

Es dürfte schwer sein, ein so komplexes Risiko wie die Erwerbsminderung, bei dem Faktoren aus drei Bereichen zusammenkommen, (1) der individuellen medizinischen Verfasstheit, (2) dem individuellen Arbeitsvermögen und (3) der Entwicklung und dem Angebot betrieblicher Arbeitsplätze und der allgemeinen Arbeitsmarktlage (s. auch oben 2.1.2 und unten 3.1 und 3.2), eine einheitliche Absicherungsstrategie zu finden, die ohne institutionelle Barrieren und Schnittstellenprobleme auskommt.

2.2.3 Untersuchung zu den Widersprüchen im Leistungsrecht

Statt der oben (2.1) aufgezeigten zahlreichen Diskrepanzen sollten die Risikodefinitionen (Erwerbsminderung) und Leistungsfälle (zusätzliche Voraussetzungen hinsichtlich Verweisbarkeit etc) bei den Lohnersatzleistungen und vor allem bei der Prävention und Rehabilitation in allen Zweigen einheitlich und möglichst offen und weit sein, um allen Gefährdungssachverhalten vorbeugen zu können. Entgegen dem Nachrang der BA in der beruflichen Rehabilitation, trägt die BA die Hauptlast. Das lässt sich eventuell auch auf die restriktive Fassung der Voraussetzungen der Rehabilitation und die Budgetierung im SGB VI zurückführen. Beide Faktoren unterbinden, dass die GRV ihre Mittel aktiv zur Verhinderung des Versicherungsfalls der Erwerbsminderung einsetzen kann. Die medizinische Rehabilitation ist ebenfalls so verteilt, dass im Verhältnis zur GKV die GRV vorrangig zu leisten hat. Auch hier gibt es Hürden in den persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen in der GRV, so gut wie keine in der GKV.

Hier könnte eine sozialpolitische und sozialrechtliche Untersuchung einmal die Unterschiede und Unabgestimmtheiten sowie ihre Folgen aufzeigen, Kriterien entwickeln nach denen sie abgeschafft/abgemildert werden können und dann Lösungen diskutieren. Dabei sind allerdings die Eigenlogiken der unterschiedlichen Systeme zu beachten. Eine solche sehr gründliche Untersuchung gibt es bisher nicht.

2.2.4 Untersuchungen zum Weg in die EM-Rente

Die Untersuchungen über Verlaufsdaten zur EM-Rente, zum Zugang in die EM-Rente und zur sozioökonomischen Lage der EM-Rentner sind mittlerweile sehr zahlreich. Die meisten von ihnen basieren auf den aufbereiteten Prozessdaten der DRV. Neben den schon erwähnten Untersuchungen zur Praxis der „Reha vor Rente“, die auch die wichtigsten sozioökonomischen Merkmale der Versicherten enthalten, die vor dem Rentenzugang Rehaleistungen in Anspruch genommen haben oder nicht,¹⁰⁶ und der umfassenden Darstellung der sozioökonomischen

105 Hartmannshenn 2014 Fn. 81 akzeptiert dies Argument im Grundsatz (z. B. S. 80 - 83) wendet es aber nicht konsequent oder nur über komplizierte Ausgleichs- und Erstattungsmechanismen (z. B. für das SGB II, S. 173/4) auf seinen Vorschlag an.

106 Fn. 84.

Daten der Neuzugänge in die EM-Renten des Jahres 2008¹⁰⁷ sind dies auch zahlreiche Einzelthemen wie der Bezug von Leistungen des SGB II vor Eintritt in die EM-Rente.¹⁰⁸

(1) Über die Daten zu den Beitragszahlungen (des Arbeitgebers, der BA oder der GKV) lassen sich wesentliche Daten zum Erwerbsstatus wie zu den Stationen im Sozialleistungssystem gewinnen. Die Untersuchung von Mika/Lange/Stegmann 2014¹⁰⁹ wies für die Bezieher von SGB II Leistungen die Versicherungsbiografien für mehrere Jahre vor dem Zugang in die EM-Rente nach und kam zu einer Typenbildung. Eine große Zahl der EM-Rentner hatte einen langandauernden Bezug (rentenversicherungspflichtigen) Krankengelds, d. h. Krankheitszeiten von weit mehr als (nur) 6 Wochen. Ähnliche Typisierungen zu den Versicherungsbiografien haben Rasner/Zimmer 2012 zum Bezug von Krankengeld aufgestellt.¹¹⁰

Eine solche Untersuchung der Versichertenbiografien aller EM-Renten-Zugänge eines Jahres zusammen mit einer Typenbildung und speziell konzentriert vor allem auf EM-Rentnern mit vorhergehenden langdauernder Krankheiten und mit Arbeitslosigkeit nach dem SGB III und SGB II vor Zugang zur EM-Rente kann größere Klarheit darüber schaffen, wie die Verantwortungen auf dem Weg in die EM-Rente verteilt sind. Sie kann den sozialpolitischen Bedarf aufzeigen, die Interventionen der „vorgelagerten Träger“ stärker zu typisieren und zu normieren (dazu 2.2.7.1) und eventuell die Abgrenzung von Verantwortungen und Zuständigkeiten neu zu regeln. Sie geben zudem differenzierter Anhaltspunkte darüber, was zu den teilweise sehr niedrigen persönlichen Entgeltpunkten bei der Berechnung der EM-Renten geführt hat (dazu auch unten 4). Sie sollte auch die Gruppe der EM-Rentner mit Nebentätigkeit besonders untersuchen (dazu unten 5.2.1).

Dabei ist die Verbindung der Daten über die vorherigen Stationen im Sozialleistungssystem mit den Daten der Indikation für die Rehabilitation und der der Bewilligung der EM-Rente zu Grunde liegenden Krankheit/Behinderung sinnvoll. Denn mehrere Autoren von Untersuchungen über die Zugänge zur EM-Renten stellen fest,¹¹¹ dass es Krankheitsverläufe gibt, bei denen eine vorherige Rehabilitation nicht (mehr) angesagt und nicht erfolgsversprechend ist, so dass Krankheit und Behinderung direkt in den EM-Rentenbezug führen.¹¹² Bei ihnen wird es kaum auf die Kooperation unterschiedlicher Träger ankommen, vielmehr wird allenfalls vorher die GKV eingeschaltet und Krankengeld zu leisten sein, dessen maximale Laufzeit von 1½ Jahren meist nicht ausgeschöpft werden wird. Es ist wichtig die Relevanz dieser Fallge-

107 Martin/Zollmann/Buschmann-Steinhage 2012 Fn. 19; Martin/Zollmann/Buschmann-Steinhage 2014 Fn. 51.

108 Mika/Lange/Stegmann 2014 Fn. 65.

109 Mika/Lange/Stegmann 2014 Fn. 65.

110 Anika Rasner/Barbara Zimmer, Arbeitsunfähigkeit im Erwerbsverlauf – Auswirkungen und Konsequenzen für die soziale Sicherung, 2012.

111 Martin/Zollmann/Buschmann-Steinhage 2014 Fn. 51, Abschnitt 6.8, S. 70 ff.; Oskar Mittag/Christina Reese/Cornelia Meffert, (Keine) Reha vor Rente: Analyse der Zugänge zur Erwerbsminderungsrente 2005 – 2009, WSI-Mitt. 2014, S. 154.

112 Vgl. auch die relativ hohe Quote an Ablehnungen von Reha-Leistungen wegen fehlender Notwendigkeit bzw. voraussetzlicher Erfolglosigkeit Martin/Zollmann/Buschmann-Steinhage 2014 Fn. 51, Abschnitt 6.9, Tabelle 40, S. 74.

staltung und die Relevanz anderer Verläufe zu untersuchen.

(2) Es ist für die Betroffenen wie für die GRV, als das System, das letztendlich und dauerhaft das Risiko der Erwerbsminderung absichert, von großem Interesse, ob und wie die „vorgelagerten“ Systeme gegen den Eintritt des Risikos zumindest aber für seine Abmilderung und sein Hinauszögern vorgegangen sind. Auch hier ist das normative Programm der Regelung der Leistungszuständigkeit für die Prävention und Rehabilitation, trotz des SGB IX, alles andere als klar und unübersichtlich. Schon das lässt nicht erwarten, dass in der Realität konzentriert und effektiv vorgegangen wird. Aber auch darüber gibt es keine vertieften Analysen. Auch kann vielleicht mehr Klarheit darüber gewonnen werden, ob es tatsächlich die hier vermuteten fehlenden Anreize für die GKV und vor allem die BA gibt, bei absehbarer Langzeitarbeitslosigkeit nicht mehr stark in die Reintegration zu investieren, da schon nach relativ kurzer Zeit andere Sozialleistungsträger zuständig sein werden (oben 2.2.1).

Notwendig wäre also eine Gesamtübersicht, ob überhaupt und welche Beratungen sowie Reha- und Eingliederungsleistungen die Neuzugänge an EM-Rentnern/Rentnerinnen in den Jahren vor dem Bezug der EM-Rente erhalten haben. Es ist aber schwierig, Daten zu generieren, die zeigen, was an Leistungen an die Betroffenen während ihrer Stationen bei der BA/GKV gegangen ist und ob und wie ihre Arbeits- und Erwerbsfähigkeit kontinuierlich bewertet wurde. Einmal wäre genauer zu eruieren, ob sich die Routinedaten der BA und der GKV¹¹³ mit jenen der GRV verknüpfen lassen und welche Aussagekraft diese Daten haben. Es müssten die unterschiedlichen Datensätze der einzelnen Sozialleistungsträger verbunden ausgewertet werden – ein sicherlich sehr aufwändiges Vorhaben, das am besten unter der Ägide aller Sozialversicherungsträger und/oder des BMAS geschehen kann und dessen datenschutzrechtlichen Aspekte genauer zu untersuchen wären.

Ein anderer Weg wäre eine nachträgliche Befragung der EM-Rentner zum Zeitpunkt des Beginns einer RehaMaßnahme bzw. des Rentenzugangs. Sie dürfte wichtige Daten zur vorhergehenden Behandlung durch GKV und BA ergeben. In der Deutschen Rentenversicherung Bund¹¹⁴ bei der Untersuchung der EM-Rentner des Zugangsjahrs 2008 gegangen. Auf die Frage nach den Gründen für die Stellung eines Antrags auf eine EM-Rente¹¹⁵ gaben die Männer/Frauen des Zugangsjahrs 2008 an, dass „keine Aussicht auf einen adäquaten Job (27,6 %/24,7 %) bzw. bereits eine längere Arbeitslosigkeit (16,5 %/13,3 %) bestand oder dass sie von Arbeitsagentur (13,9 %/12,0 %) bzw. Krankenkasse (15,4 % gegenüber 11,7 %) dazu aufgefordert wurden.“ Eine Befragung kann auch noch spezieller auf die vorher durchgeführten Maßnahmen aller Sozialversicherungsträger wie auf die Durchführung eines BEM bei den

113 Zu den umfangreichen Routinedaten der Krankenkassen vgl. Enno Swart/Peter Ihle, (Hrsg.): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven, 2005; Beispiele bei Mathias Menck/ N. Lübbke/U. Polak, Rehabilitation vor Pflegebedürftigkeit im Alter: eine Analyse anhand von Routinedaten, Rehabilitation 2014, S. 74, 75/76,

114 Zollmann/Martin 2013 Fn. 52, S. 193 – 196.

115 Martin/Zollmann/Buschmann-Steinhage 2014 Fn. 51, Abschnitt 7.2, Tabelle 43, S. 78 ff.

vorher langfristig Erkrankten (unten 6.2.2) ausgerichtet werden. Sie ist allerdings nicht so verlässlich wie Verarbeitung von Prozess- und Routinedaten der Sozialleistungsträger.

2.2.5 Gegenseitige Substitution von Arbeitslosengeld und EM-Rente?

Mehrere Untersuchungen zu OECD Ländern¹¹⁶ wie auch spezielle Untersuchungen zu regionalen Unterschieden in Deutschland¹¹⁷ und dem UK¹¹⁸ zeigen, dass die Beanspruchung von EM-Renten stark mit der Arbeitsmarktsituation korreliert: Eine hohe Arbeitslosigkeit führt zu einem hohen Bestand bzw. Zugang an EM-Renten. Allerdings gab es in der Vergangenheit auch immer wieder empirisch begründete Kritik an der Postulierung dieses Zusammenhangs speziell für Deutschland.¹¹⁹

Sozialpolitisch wie auch sozialrechtlich ist die genaue Erforschung dieses Zusammenhangs gerade auch für das deutsche Sozialleistungssystem wichtig. In den eingangs (1.1) behandelten Ländervergleichen galt Deutschland als das Land mit verhältnismäßig wenig Beziehern von EM-Renten unter allen Empfängern von Sozialleistungen im erwerbsfähigen Alter, was darauf hindeuten würde, dass Deutschland eher restriktive Zugangspfade in die EM-Rente hat (gesetzliche Definition des Risikos, Verwaltungspraxis in der Bestimmung der Voraussetzungen). Eine starke Substitutionsbeziehung würde auch indizieren, dass die gesetzestechnische Abgrenzung zwischen beiden Systemen ungenau ist und die im deutschen System stark ausgeprägten Abgrenzungsregeln nicht hinreichend funktionieren.

Die allgemeine Untersuchung von Benítez-Silva u. a. von 2010 ist für die nähere Bestimmung der Funktionalität der EM-Rente zur Arbeitsmarktentlastung schon allein deshalb irrelevant, weil sie für Deutschland nicht nur die EM-Rente sondern globaler alle „disability-related social insurance programmes“¹²⁰ einbezieht, wozu auch im deutschen Fall die Frühverrentungspraxis über die klassische vorgezogene Altersrente für schwerbehinderte Menschen zählt (jetzt § 37 SGB VI und das Übergangsrecht in § 236a SGB VI). Das gleiche gilt für die Beiträge im Rahmen der vergleichenden Forschungen des „Social Security Programs and Retirement Around the World“ des US-Amerikanischen NBER im neuen Band „Disability Insurance Programs and Retirement“ von 2014.¹²¹ Auch alle anderen Untersuchungen, die Beni-

116 Hugo Benítez-Silva/Richard Disney/Sergi Jiménez-Martín, Disability, capacity for work and the business cycle: an international perspective, *Economic Policy* 25/63 (2010), 483 – 536, m.w.N. 486/7.

117 Martin Brussig, Erwerbsminderung und Arbeitsmarkt, Altersübergangs-Report 2012-04 unter: <http://www.iaq.uni-due.de/auem-report/2012/2012-04/auem2012-04.pdf>.

118 Beatty/Fothergill und Beatty/Fothergill/Houston unten Fn. 127.

119 Riphahn, Regina, 1997: Disability retirement and unemployment - substitute pathways for labour force exit? An empirical test for the case of Germany. In: *Applied Economics* 29/5 (1997), 551–561

120 Benítez-Silva/Disney/Jiménez-Martín 2010 Fn. 116, S. 486/7. Hugo Benítez-Silva u.a. verweisen auf die Eurostat Definition, die vorzeitige Altersruhegelder wegen Erwerbsminderung mit umfasst, siehe http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=DSP_GLOSSARY_NOM_DTL_VIEW&StrNom=CODED2&StrLanguageCode=EN&IntKey=16644735&RdoSearch=CONTAIN&TxtSearch=disability%20benefit&CboTheme=&IsTer=TERM&IntCurrentPage=1&ter_valid=0.

121 Wise, David A.: Introduction, in: Wise, David A. (ed), *Social Security Programs and Retirement Around the World: Disability Insurance Programs and Retirement*, unter: <http://www.nber.org/chapters/c13323.pdf>, im Paper S. 8 werden die deutschen „disability programs“ unterschieden zwischen solchen für Personen über und unter 60.

tez-Silva u.a. 2010 anführen, betreffen entweder Länder mit (früher) sehr weiter Definition und Zugangsmodalitäten zur EM-Rente, wie UK oder die USA,¹²² erfassen nur ein einzelnes Land¹²³ oder sie beziehen die vorzeitigen Altersrenten wegen Erwerbsminderung mit ein.¹²⁴

Sehr viel genauer geht Brussig vor.¹²⁵ Er hat für das Jahr 2010 untersucht, ob speziell „arbeitsmarktsensible“ Berentungswege mit der regionalen Arbeitslosenquote korrelieren, nämlich einmal die Umwandlung einer Rente wegen teilweiser in eine wegen voller Erwerbsminderung (Arbeitsmarktrente, oben 2.1.2) und zum anderen die Befristung der EM-Rente. Für beide gibt es *keine* starke Korrelation mit der Höhe der regionalen Arbeitslosenquote. Weitergehende Gründe diskutiert er nicht.

Für die Arbeitsmarktrente verwundert das, da sie ausdrücklich die „Nichtvermittelbarkeit“ der teilweise Erwerbsgeminderten Person voraussetzt. Einmal kann die geringe Abhängigkeit der Zuerkennung einer Arbeitsmarktrente von der Arbeitslosenquote damit zusammenhängen, dass bei älteren erwerbsgeminderten Personen über 50 Jahren durchweg die Chancen der Integration in den Arbeitsmarkt extrem gering sind und zwar unabhängig von der jeweiligen regionalen Arbeitsmarktlage. Zum anderen hat Brussig explizit nur die „Umwandlungsfälle“ untersucht, bei denen eine zuerkannte Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung in eine wegen voller Erwerbsminderung umgewandelt wird, weil die betroffene Person ihr Resterwerbsvermögen nicht auf dem Arbeitsmarkt realisieren kann. Die Umwandlung ist aber nicht der einzige Weg in die Arbeitsmarktrente. Sind die Aussichten einer teilweise erwerbsgeminderten Person, ihr Resterwerbsvermögen auf dem Arbeitsmarkt innerhalb des nächsten Jahres einsetzen zu können, von Anfang an schlecht, kann auch sofort eine Arbeitsmarktrente zuerkannt werden; dies wird oft der Fall sein, wenn der Versicherungsfall schon vor der Antragsstellung vorlag und ein längere Arbeitslosigkeit dem Rentenanspruch vorausging.¹²⁶ Es kann sein, dass über diesen Weg die aussichtslosen Fälle, die auch stark von der regionalen Arbeitsmarktsituation abhängen, gleich aussortiert wurden und nicht mehr unter den „Umwandlungsfällen“ auftauchen.

Die mangelnde Korrelation zwischen den Entscheidungen über die Befristung der EM-Rente und die regionalen Arbeitslosenquoten ist wohl auch darauf zurück zu führen, dass außer bei der Arbeitsmarktrente Entscheidungen über die Befristung der EM-Rente nicht von der Frage der Chancen einer Reintegration in den Arbeitsmarkt abhängen, sondern allein von der Chan-

122 Das trifft auf die bei Benítez-Silva/Disney/Jiménez-Martín 2010 Fn. 116, S. 486/7 zitierten Arbeiten von Beale and Nethercott (1988), Beatty and Fothergill (1996), Black et al. (2002), Disney and Webb (1991) and McVicar (2006).zu.

123 Das trifft zu auf die bei Benítez-Silva/Disney/Jiménez-Martín 2010 Fn. 116, S. 486/7 zitierten Arbeiten Gruber and Kubik (1997): Canada; Jiménez-Martín et al. (2006) und Jiménez-Martín and Vall-Castello´ (2009): Spanien.

124 Das trifft auf die bei Benítez-Silva/Disney/Jiménez-Martín 2010 Fn. 116, S. 486/7 zitierten Arbeiten von Blöndal and Scarpetta (1999); Gruber and Wise (1999) und (2004) zu.

125 Brussig ebda. S. 17 – 19.

126 Zu dieser Konstellation: BSG v. 24.03.1994 - 5 RJ 4/93, SozR 3-5750 Art. 2 § 6 Nr. 10 und BSG v. 17.06.1993 - 13 RJ 1/92, 3-5750 Art 2 § 6 Nr 6. Basierend auf BSG Großer Senat, v. 10.12.1976 – GS 2/75, GS 3/75, GS 4/75, GS 3/76, SozR 2200 § 1246 Nr 13 = BSGE 43, 75-86. Diese alte Rechtsprechung wird auch auf das neue Recht der EM angewandt: LSG München 12.02.2014 - L 13 R 158/11(Juris) und KasKom/Gürtner § 43 SGB VI, Rn. 30, Stand April 2010.

ce einer Besserung des Gesundheitszustands (§ 102 Abs. 2 S. 5 SGB VI, oben 2.1.1).

Untersuchungen zu den Ergebnissen der Reformen ab 2006 im UK, die einen stark medizinischen, am ICF orientierten Begriff der Erwerbsminderung bei den Leistungen an Erwerbsgeminderte vor Erreichen der Regelaltersgrenze einführten (s. unten 3), hat dennoch ergeben, dass zwar die Reform zu einem besonders starken Rückgang der EM-Renten in den Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit führten, aber dort immer noch eine überdurchschnittlich hohe Quote an Antragsstellern und Beziehern von EM-Renten verblieb. Diese starke Abhängigkeit der Feststellung der Erwerbsminderung von der Arbeitsmarktlage ist wohl vermittelt über die im Leistungsprozess implizierte Entscheidung über die Arbeitsmarktfähigkeit („Employability“).¹²⁷ Auf Deutschland lässt sich dies wegen des weiterhin anderen Zuschnitts der Leistungssysteme und den weniger gravierenden Unterschieden in der regionalen Verteilung der Arbeitslosigkeit nur schwer übertragen.

Was bleibt an sinnvollen Untersuchungsansätzen? Brussigs Analyse zur regionalen Verteilung der Arbeitsmarkttrente sollte für neue Zugangsjahre wiederholt werden, dann alle Arbeitsmarkttrenten enthalten und eventuell auch noch ausdifferenziert werden danach, was der aus den Daten der GRV ersichtliche Vorlauf der Arbeitsmarkttrenten war (vor allem welche Dauer der Arbeitslosigkeit und ob oder ob nicht vorher eine Rente wegen teilweiser EM bezogen wurde).

2.2.6 Mehr Transparenz durch Indikatoren zu den Präventionsaktivitäten

Neben der Analyse der konkreten Erwerbsverläufe und Pfade in die Erwerbsminderung und die EM-Rente könnte versucht werden, auch auf generelle Weise durch Indikatoren die Aktivitäten der Sozialleistungssysteme zur Verhinderung von Erwerbsminderung und EM-Renten zu beleuchten und stärker transparent zu machen.

Schon 2003 stellte die OECD fest,¹²⁸ dass die Personen, die pro Jahr mit Fördermaßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik für Erwerbsgeminderte zum Erhalt eines Arbeitsplatzes (Arbeitsplatzsubventionen) und zur Requalifizierung gefördert werden, in den meisten untersuchten Ländern nur einen Bruchteil der Zahl der Neuzugänge in Sozialleistungen wegen Erwerbsminderung ausmachen; das Gleiche galt für die Jahreskosten der EM-Rente (aller Neuzugänge) einerseits und den Ausgaben für die Reintegration Erwerbsgeminderter andererseits. Noch globaler sind die Indizes, die Borghouts-van de Pas¹²⁹ zur Messung der Aktivitäten der

127 Dies das durchgängige Ergebnis zur Entwicklung im UK im Sammelband von Lindsay/Houston 2013, vgl. Christina Beatty/Steve Fothergill, Disability Benefits in the UK: an Issue of Health or Jobs?, in: Lindsay, Colin/Houston, Donald (ed.), Disability Benefits, Welfare Reform and Employment Policy, 2013, S.15 – 32; Christina Beatty/Steve Fothergill/Donald Houston, The Impact of the UK's Disability Benefit Reforms, ebda., S. 134 – 152 und Donald Houston/Colin Lindsay, Fit for Purpose? Lessons for Policies to Address the Disability Benefits 'Crisis', ebda., S. 233 – 241.

128 OECD, Transforming Disability into Ability: Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People, 2003, S. 112 – 123.

129 Irmgard Borghouts-Van De Pas, Labour Market Participation of the Disabled: Policies and Practices in Europe, European Journal of Social Security 12 (2010), 121, 134/135.

einzelnen Staaten zur Integration Behinderter in den Arbeitsmarkt verwandte: Ausgaben für die Integration von Behinderten als Prozentsatz (1) aller Ausgaben für Integrationsmaßnahmen Inaktiver und/oder (2) des Bruttosozialprodukts.

Das Verfahren sei einmal kursorisch an zwei Beispielen deutlich gemacht.

(1) 2001 gingen 200.000 Personen in EM-Rente; im gleichen Jahr hatte die BA durchschnittlich 26.000 Schwerbehinderte und ihnen Gleichgestellte in Fördermaßnahmen. 2012 gab es 178.000 Neuzugänge in EM-Renten und durchschnittlich 36.300 in Fördermaßnahmen der BA.¹³⁰ Die Förderzahlen der BA müssten noch bereinigt werden, zB um die sehr kurzzeitigen und kaum behindertenspezifischen Maßnahmen zur Unterstützung der Vermittlung etc. (Trainingsmaßnahmen von 2-4 Wochen); besser wäre es, man würde den Durchschnitt der Ausgaben für Integrationsmaßnahmen der letzten 3 Jahre vor dem Jahr der Neuzugänge in EM-Rente nehmen. Man kann hier noch zwischen SGB III und SGB II trennen, um im Zeitverlauf den sehr schwankenden Einsatz von Fördermitteln in beiden Bereichen bei gleichzeitig andauernd hoher absoluter und relativer Zahl an Schwerbehinderten zu verdeutlichen. Eine ähnliche Quote ließe sich für die Zahl der Langzeitarbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen aufstellen. Und schließlich ließen sich ähnliche Indikatoren für die GRV und GKV entwickeln (Zahl der Bezieher von Krankengeld und die Aufwendungen der GKV für Rehabilitationsmaßnahmen).

(2) Aus den Daten zu Langzeitarbeitslosigkeit und zu den Beschäftigungschancen und Beschäftigungsquoten von Behinderten lässt sich schon traditionell ablesen, dass diese Gruppe in einem sehr viel höheren Maße von Arbeitslosigkeit betroffen ist, als Nichtbehinderte.¹³¹ Dementsprechend hoch ist in Deutschland auch der Anteil der EM-Rentner, der vorher arbeitslos war und aus der Arbeitslosigkeit in die EM-Rente geht (oben 2.1.2). Auch hat es Tradition, dass diese Personengruppe nicht entsprechend ihrer erhöhten Anfälligkeit für Arbeitslosigkeit stärker als die anderen Arbeitslosen gefördert wird. Die gruppenspezifische Arbeitslosenquote der (Schwer-) Behinderten belief sich 2012 auf 8,8% gegenüber der allgemeinen Arbeitslosenquote von 6,8%¹³² und die Abgangsrate der schwerbehinderten Arbeitslosen aus Arbeitslosigkeit ist ab dem Alter von 25 Jahren durchweg halb so hoch wie die der nicht schwerbehinderten.¹³³ Obwohl die absolute Zahl der arbeitslosen Schwerbehinderten von 2012 auf 2013 noch um 3% von 176.000 auf 179.000 wuchs, verringerte sich die Zahl der Schwerbehinderten in Maßnahmen der BA um 6% von 67.000 auf 63.000.¹³⁴

130 DRV (Hrsg.), Rentenversicherung in Zeitreihen 2012, 2013 S. 97 und BA Daten zur Eingliederungsbilanz 2001, 2002 S. 40 und BA, Eingliederungsbilanz 2012 BT-Drs. 18/104 S. 37 ff.

131 Vgl. die internationalen Längsschnittdaten in OECD, Transforming Disability into Ability: Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People, 2003, S. 37 ff.

132 Eingliederungsbericht 2012 BT-Drs. 18/104, S. 37 ff. und BA Arbeitsmarktbericht 2012, S. 53 und 147.

133 BA (Hrsg.), Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Die Arbeitsmarktsituation von schwerbehinderten Menschen Mai 2014., S. 11.

134 BA (Hrsg.), Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Die Arbeitsmarktsituation von schwerbehinderten Menschen Mai 2014., S. 7 und 13/4.

Solche Indikatoren/Quoten können in allgemeiner Weise problematisieren, ob für die Prävention Erwerbsgeminderter eine hinreichende Förderpolitik betrieben wird. Es seien nur einige Aspekte für eine solche erste Expertise erwähnt.

(1) Einmal wäre zu untersuchen, welche Funktion solche Quoten/Sonderstatistiken haben könnten und welche Form sie annehmen müssten. So wäre genauer zu bestimmen, welche Fördermaßnahmen zu einer solchen Statistik und Quote zu zählen wären und wie Daten zu ihnen aus allgemein verfügbaren und/oder zusätzlich zu gewinnenden Daten erlangt werden können. Sind von den Betrieben finanzierte Maßnahmen einzubeziehen oder nur der von der BA/GRV finanzierte Kostenanteil etc?

(2) Es wären Einwände zu diskutieren, eine solche Statistik würde implizit unterstellen, dass die herangezogenen präventiven Maßnahmen alle/überwiegend in der Lage seien, Erwerbsminderung verhindern zu können. Bei weiterhin hoher Unkenntnis über die effektive (Langzeit-) Wirkung von Präventions- und Reha-Maßnahmen, dürfte ein solcher Nachweis schwierig sein. Aber ein solcher Einwand ließe sich sicherlich mit guten Argumenten widerlegen, da es nur um Indikatoren geht, die die Schwerpunkte der Reha-Leistungen unterschiedlicher Sozialleistungsträger besser kennzeichnet: Mehr Kompensation oder mehr Prävention.

(3) Schließlich sind die Bezugsgrößen der Leistungsquoten zu diskutieren. Je näher an den geförderten Gruppen, umso größer die Aussagekraft. Deshalb sind Anteile am BSP wenig aussagekräftig, besser Anteile an allen oder nur dieser Gruppe von Förderleistungen.

2.2.7 Untersuchungen zu Kooperation und Koordination der Leistungen im Vorfeld der EM-Renten

Ein weiteres bisher zwar publizistisch gut¹³⁵, aber empirisch kaum bearbeitetes Feld sind die Probleme des Verfahrens bei Teilhabeleistungen/Rehabilitation und die trägerübergreifende Kooperation der unterschiedlichen Leistungsträger. Das BMAS hat mit der Vergabe einer Vorstudie, deren Abschluss vorliegt, mit der Evaluation des SGB IX Teil I begonnen.¹³⁶ Welche von den vielen aufgezeigten Problemen mit welcher konkreten Fragestellung und in welcher Form in Forschungsprojekte umgesetzt werden wird, ist auch nach Abschluss dieser allgemein gehaltenen Studie noch nicht abzusehen. Es scheint nicht sinnvoll zu sein diesem großen Vorhaben vorzugreifen. Verwundern muss allerdings, dass die Vorstudie kaum spezielle Problembereiche begründet benennt und gewichtet. Es lässt sich schon jetzt absehen, dass bestimmte Untersuchungen, nicht angestellt werden, die für die Analyse bestimmter Instrumente wichtig sind und die Kooperation und frühzeitige Intervention aller Sozialleistungsträ-

135 Vgl. nur das Portal www.reha-recht.de sowie die Aufsätze in der Zeitschrift *Rehabilitation* 1/2011 unten Fn. 164 und Thomas P. Stähler/Marcus Schian, Trägerübergreifende Umsetzung des Rehabilitations- und Behindertenrechts in: Wolfgang Blumenthal/Ferdinand Schliehe (Hrsg.), *Teilhabe als Ziel der Rehabilitation - 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e. V. Festschrift 100 Jahre DVfR*, 2009, S. 245-252.

136 Heike Engel/Dietrich Engels/Claudia Hornberg/Julia Zinsmeister 2013: *Vorstudie zur Evaluation des Sozialgesetzbuches IX Teil I*, BMAS Forschungsbericht 441, 2013.

ger befördern könnten. Deshalb sollten unabhängig von dem Weg, den die Evaluation des SGB IX einmal gehen wird, zumindest einige Fragen intensiver untersucht werden.

Das Management von Rehabilitationsprozessen ist bisher weitgehend auf den Rehabilitationsprozess konzentriert, den ein Sozialleistungsträger zu verantworten hat. Hier geht es dann darum, unterschiedliche Stadien des Rehabilitationsprozesses und unterschiedliche Leistungserbringer mit den Rehabilitationsverantwortlichen des Sozialleistungsträgers abzustimmen. Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Sozialleistungsträgern werden vor allem bei dem Übergang von der medizinischen in die berufliche Rehabilitation thematisiert,¹³⁷ weil sie in der Praxis häufig sind und die Notwendigkeit gerade in Bezug auf einen „Fall“ sich aufdrängt. Die Einrichtung eines trägerübergreifenden Fallmanagers lässt sich nur schwer realisieren (s. unten). Es können aber zahlreiche Rahmenbedingungen näher analysiert und gestaltet werden um die Kooperation zu erleichtern und zu verbessern und die Verwaltungsprozesse des jeweiligen Trägers abzustimmen und transparenter zu machen.

2.2.7.1 Verlaufsbezogene Indikatoren für eine Intervention?

Einmal wäre es notwendig, zu untersuchen, welche Interventionszeitpunkte festgemacht werden könnten und sollten, die dann zwingend bestimmte präventive/rehabilitative Maßnahmen der Sozialleistungsträgern indizieren und damit das Leistungsgeschehen für alle Beteiligten (Leistungsträger, Leistungserbringer, Versicherte und Arbeitgeber) berechenbarer und transparenter machen.

Schon jetzt sind fixe Interventionszeitpunkte auch im deutschen Sozialleistungssystem nicht ungewöhnlich und lohnt es sich, sie weiter zu entwickeln. Das betriebliche Eingliederungsmanagement soll starten, wenn innerhalb eines Jahres eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 6 Wochen vorliegt (§ 84 Abs. 2 S. 1 SGB IX); die Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfsermittlung“ der BAR¹³⁸ vom 16. 12. 2004 hat unter § 2 Abs. 3 als „Hinweise zum frühzeitigen Erkennen von Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe“ unter den „Anhaltspunkten“ angeführt, dass „Beschäftigte ...innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind“. Beim betrieblichen Eingliederungsmanagement (§ 84 Abs. 2 S. 1 SGB IX) sollen die Sozialleistungsträger über die gemeinsamen Servicestellen erst einbezogen werden, wenn Rehabilitationsleistungen in Frage kommen. Bei diesen Leistungen ist die Interventionsschwelle für die GRV recht hoch (oben 2.1.1 und 2.1.2), höher als die der GKV und der BA, so dass es wenig Anlass zu vorzeitiger Kooperation und Koordination gibt. Am wichtigsten dürfte es sein, ausländischen Beispielen zu folgen (s. sogleich) und vor allem bei der langandauernder Arbeitsunfähigkeit

137 Sieglind Ellger-Rüttgardt u.a., Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland (RehaFutur), Deutsche Akademie für Rehabilitation e.V., Bonn (Hrsg.), 2009, S. 108/9.

138 Gem. § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX, s. vorherigen Fußnote.

Interventionspunkte festzumachen. Hier gibt es aber keine festen Regeln, weder in der Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie des GBA noch in den internen Regeln des MDK.¹³⁹

Zwar hat das SGB IX öfter als Ziel der Teilhabeleistungen auch die Prävention von Behinderungen festgeschrieben, spezielle Mittel geschweige denn gar Kooperationsformen sind dafür aber nicht entwickelt worden. So zeigen die Verlaufsuntersuchungen und die Befragung zum Projektbericht II zur „Sozioökonomischen Situation von Personen mit Erwerbsminderung“¹⁴⁰ dass (1) ca. 86,6/91,5 % der Erwerbsminderungsrentner/rentnerinnen laut Befragung mindestens an einer, meist aber sogar mehreren chronischen Erkrankung(en) leiden; (2) je länger die Zeiten der Krankheit und Arbeitsunfähigkeit im Vorfeld der Rehabilitation waren, umso geringer war der Erfolg der anschließenden Rehabilitation (durch die GRV). Versicherte, die im Jahr vor der Reha-Antragstellung nicht krank bzw. arbeitsunfähig waren, wurden zu 52,8 % als arbeitsfähig entlassen; bei jenen, die im Jahr vor der Reha-Antragstellung bis unter drei Monate arbeitsunfähig waren, betrug diese Zahl nur noch 39,9 %.

Schon allein deshalb lässt sich plausibel vertreten, dass ein „Frühwarnsystem“ sinnvoll ist, das nach 6/9/12 Wochen Arbeitsunfähigkeitszeiten die Krankenversicherungsträger verpflichtet, die Gefährdung der Erwerbsfähigkeit genauer zu analysieren und andere Sozialversicherungsträger einzuschalten (BA, GRV). Für die Sozialleistungsträger, vor allem die der GKV, des SGB II und des SGB III, gibt es keine zwingenden (und mit Sanktionen belegte) Festlegungen von Interventionszeitpunkten, eine daran anknüpfende systematisierende Regelung der zu ergreifenden Maßnahmen oder gar ein Gebot der Aufstellung von Präventionsplänen oä. Das allein kann die Basis sein, den Druck zu erhöhen, frühzeitig präventiv und rehabilitativ tätig zu werden und zu kooperieren, die Verfahrensabläufe zu standardisieren und berechenbarer zu machen.

Um genauer zu bestimmen, wo Defizite bestehen und mögliche Interventionspunkte liegen, wäre eine Untersuchung über die Praxis notwendig, ob und wie die Krankenversicherungsträger bzw. die BA nach welchen Kriterien und auf welche Art und Weise auf Zeiten längerer Arbeitsunfähigkeit bzw. Arbeitslosigkeit mit gesundheitlichen Einschränkungen reagieren.

Dabei können auch die Erfahrungen in anderen vergleichbaren Ländern ausgewertet werden, die mit einer gesetzlich fixierten Stufenfolge von Maßnahmen arbeiten, wie z. B. das UK mit einem gestuften Begutachtungsprozess¹⁴¹ oder Schweden¹⁴² mit festen Zeitabschnitten für

139 Arbeitsunfähigkeit-Richtlinie in der Fassung vom 14. November 2013, BAnz AT 27.01.2014 B4 sowie unter: www.g-ba.de/downloads/62-492-817/AU-RL_2013-11-14.pdf (5.8.2014). Zu den Verlautbarungen des MDK: www.mdk.de/321.htm (5.8.2014).

140 Martin/Zollmann/Buschmann-Steinhage 2014 Fn. 51, Abschnitt 5.3. S. 53 und Abschnitt 6.6, Tabelle 35, S. 66-68.

141 Neville Harris/Simon Rahilly, Extra Capacity in the Labour Market?: ESA and the Activating of the Sick and Disabled in the UK, in: Stamatia Devetzi/Sara Stendahl (Hg.), Too sick to work. Social Security Reforms in Europe for Persons with Reduced Earnings Capacity, 2011, S. 43 - 75, 58 ff.

142 Rickard Ulmestig, Incapacity Benefits – Change and Continuity in the Swedish Welfare State, in: Christina Beatty, Steve Fothergill and Donald Houston, The Impact of the UK's Disability Benefit Reforms in: Lindsay, Colin/Houston, Donald (ed.), Disability Benefits, Welfare Reform and Employment Policy, 2013, S. 178 – 198; Sara Stendahl, The Complicated made Simple?, in: Stamatia Devetzi/Sara Stendahl (Hg.), Too sick to work. Social Security Reforms in

Leistungen und Leistungszuständigkeiten (14-90, 91-180 und 181-365 Tagen nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit) und ähnlich die Niederlande¹⁴³ mit einem gestuften Untersuchungs- und Evaluationprozess und einem Wechsel der Zuständigkeiten und Leistungen (6., 51. und 91. bis 104. Woche einer Erkrankung) sowie mit einem häufigen generellen Verfahren des „Re-Assessment“¹⁴⁴ aller langdauernden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeitsfälle mit Leistungsbezug durch andere/neue/neutrale medizinische und berufskundliche Dienste.

Die Vorstudie zur Evaluation des SGB IX¹⁴⁵ benennt zwar allgemein die Notwendigkeit, die Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlungen zu untersuchen, aber es ist auch nicht ansatzweise eine Richtung erkennbar, in der die Evaluation hier gehen sollte.

2.2.7.2 Zwingende Kooperations- und Abstimmungsverfahren?

Es gibt im gegenwärtigen Recht nur wenige zwingende Verfahren der Kooperation und Abstimmung.

(1) Bindung an die Feststellung eines Sozialleistungsträgers

Hierfür ist vielleicht der Wandel im SGB II paradigmatisch. Da SGB II, SGB XII und SGB VI ihre Leistungszuständigkeit auf die Voraussetzung der Erwerbsfähigkeit/Erwerbsminderung gründen sollte, mit dem SGB II das Verfahren über die Entscheidung der Erwerbsfähigkeit einheitlich getroffen werden. §§ 44a SGB II legte von Beginn an die Entscheidung über die Erwerbsfähigkeit/volle Erwerbsminderung in die Hand der BA, sah aber bei Konflikten mit einem anderen Leistungsträger (Beteiligte mit Widerspruchsmöglichkeit) die Entscheidung einer gemischt besetzten Einigungsstelle zwischen der BA und dem Leistungsträger vor, der bei voller Erwerbsminderung für den Hilfebedürftigen zuständig wäre. Die Einigungsstelle konnte von sich aus Sachverständige hinzuziehen.

Dabei liefen die Hauptabgrenzungsschwierigkeiten zwischen den Trägern des SGB II und SGB XII (nahtlose Abgrenzung von Arbeitslosengeld II und Grundsicherung bei Alter und Erwerbsminderung) und zwischen SGB II und SGB VI¹⁴⁶ (Abgrenzung von Arbeitslosengeld II und Rente wegen voller Erwerbsminderung). Zumindest im häufigsten Konfliktfall, dem zwischen SGB II und SGB XII, wurden die Einigungsstellen selten bemüht, sondern einigten sich die Sozialleistungsträger auf andere Weise.¹⁴⁷ Auch Autoren, die aus der Rentenversicherung ka-

Europe for Persons with Reduced Earnings Capacity, 2011, S. 95 – 118, 103 ff.

143 Christina Reese/Oskar Mittag, Wiedereingliederung und soziale Sicherung bei Erwerbsminderung – Vergleichsstudie für die EU-Länder Niederlande und Deutschland (Teil 1), diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht (www.reha-recht.de), Forum D Nr. 10/2014, 2014.

144 Dazu Cathelijne van der Burg/Rienk Prins, Employment instead of Benefit Receipt? Process and Outcomes of Reassessment of Dutch Disability Benefit Recipients, *European Journal of Social Security* 12 (2010), 144 – 155.

145 Heike Engel/Dietrich Engels/Claudia Hornberg/Julia Zinsmeister 2013: Vorstudie zur Evaluation des Sozialgesetzbuches IX Teil I, BMAS Forschungsbericht 441, 2013, S. 27/28.

146 Dass § 44a SGB II auch für die GRV galt war spätestens nach der Klarstellung durch G v. 30.07.2004 BGBl I 2014 deutlich, vgl. BT-Drs. 15/2816 S. 13 zu § 44a.

147 Vgl. Jens Blüggel, Die Prüfung der Erwerbsfähigkeit im SGB II und SGB XII und die Kooperation zwischen den Sozialleistungsträgern, *SGb* 2011, 9, 16.

men, beurteilten die neue Einigungsstelle eher kritisch.¹⁴⁸ Ebenso stellte die BA in der Anhörung zur Neuordnung der Organisation der Verwaltung des SGB II fest, das „Einigungsstellenverfahren hat sich in der Praxis nicht bewährt.“¹⁴⁹

Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts v. 20. 12. 2007¹⁵⁰ musste die Verwaltungsorganisation des SGB II geändert werden, wobei das Urteil die Konstruktion der Einigungsstelle ebenfalls in Zweifel zog,¹⁵¹ während ihr das Minderheitsvotum¹⁵² ausdrücklich die Verfassungsmäßigkeit bescheinigt. Es gab deshalb auch verfassungsrechtliche Gründe, die alte Konstruktion der Einigungsstelle zu ändern,¹⁵³ um klare Verantwortlichkeiten bei der Entscheidung über die Erwerbsfähigkeit zu schaffen.

Nachdem man die Pläne, den alten Rechtszustand durch eine Grundgesetzänderung abzuschaffen, aufgegeben hatte,¹⁵⁴ wurden nun die Letztentscheidung über die Voraussetzungen der SGB-Leistungen (Erwerbsfähigkeit und Bedürftigkeit) der BA zugewiesen (so jetzt § 44a Abs. 1 SGB II), aber sehr unterschiedliche Modelle diskutiert, wie Gutachten über die Erwerbsfähigkeit in das Verfahren eingeführt werden könnten, die für alle Leistungsträger verbindlich sind. Als Lösungen sah man die Erstattung des allseits bindenden sozialmedizinischen Gutachtens durch (1) eine übergeordnete neue Stelle,¹⁵⁵ (2) den MDK der GKV,¹⁵⁶ der auch schon im alten § 45 Abs. 2 SGB II als Gutachter benannt worden war, und (3) den sozialmedizinischen Dienst der GRV.

Dabei regelte der Entwurf der Bundesregierung mit der Begutachtung durch den MDK nur, die BA, nicht aber auch „andere“¹⁵⁷ Leistungsträger sollten an die Feststellungen des MDK zur Erwerbsminderung gebunden sein – was sicherlich zu vielen Konflikten bzw. divergenten Entscheidungen im Verhältnis zu den Leistungsträgern des SGB XII und SGB VI geführt hätte. Soweit Sachverständige in der Anhörung zum Gesetzesentwurf die Stellung der Einigungsstelle erörterten, kritisierten sie die unzureichende Bindungswirkung und mangelnde Klarheit der Regelung.¹⁵⁸ Hier votierte die BA¹⁵⁹ deutlich für eine bindende Entscheidung über

148 Kritisch zum Einigungsstellenverfahren schon Bernd Heller/Rainer Stosberg, Das Dritte und das Vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt, DAngVers 2004, S. 100-109; Uwe Chojetzki/Margit Klönne, Das Vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt aus Sicht der Rentenversicherung, DRV 2004, S. 513-531.

149 So die BA BT-Ausschuss Arbeit und Soziales Ausschussdrucksache 17(11)169, S. 22, 25.

150 BVerfGE 119, 331-394.

151 Ebda. Rn. 179.

152 Ebda. Rn. 218.

153 So die Begründung des BT-Ausschusses zum BT-Drs. 17/2188 S. 18. A. A. Uwe Chojetzki, Grundsicherung für Arbeitssuchende - Neuerungen beim Verfahren zur Feststellung der Erwerbsfähigkeit, NZS 2010, 662, 667.

154 Vgl. Uwe Chojetzki ebda. NZS 2010, 663/4.

155 Eckpunktepapier „Neuorganisation der Aufgabenwahrnehmung im SGB II“ vom 11. 12. 2009, S. 8f.

156 Referentenentwurf Bearbeitungsstand: 15.04.2010 S. 38; Entwurf der BReg. BT-Drs. 17/1555 S. 22.

157 Sie konnten zwar der Feststellungen der BA widersprechen; gegen die dann auf der Basis des MDK-Gutachtens ergangene Entscheidung wurde weder die Bindungswirkung noch die Klagemöglichkeit geregelt, die der Entwurf in § 45a bei anderen Entscheidungen der BA sehr wohl vorsah (§ 45a Abs. 5).

158 BT-Ausschuss Arbeit und Soziales Ausschussdrucksache 17(11)169, S. 22, 26 und 30 (BA), 49/50, 54 (Dr. Egbert Schneider), 81/2 (Aktion Psychisch Kranke).

159 BT-Ausschuss Arbeit und Soziales Ausschussdrucksache 17(11)169, S. 22, 26 und 30.

die Erwerbsfähigkeit und zwar entweder durch den sozialmedizinischen Dienst der GRV oder aber alternativ durch Einholung „einer gutachterlichen Stellungnahme eines Gemeinsamen Medizinischen Dienstes der Sozialleistungs- und Sozialversicherungsträger...Die Schaffung eines solchen gemeinsamen Dienstes für o. g. Divergenzfälle würde die notwendige Beteiligung des Rentenversicherungsträgers sicherstellen. Die Entscheidungen dieses Dienstes könnten auch Bindungswirkung für die nachfolgenden Entscheidungen des Rentenversicherungsträgers entfalten.“

Die Lösung mit der Zuständigkeit des sozialmedizinischen Dienstes der GRV setzte sich dann – ohne weitere Begründung – durch.¹⁶⁰ Diese Dominanz und allseitige Bindungswirkung (§ 44a Abs. 2 SGB II) der Feststellungen des sozialmedizinischen Dienstes der GRV galt, wie gezeigt, traditionell schon für die „Nahtlosigkeitsregelung“ des § 145 SGB III (oben 2.1.2) und in vollem Umfang von Anbeginn an auch für das SGB XII (§ 45 Abs. 1 SGB XII, § 109a SGB VI). Nur die zusätzlichen Elemente der speziellen Leistungsvoraussetzung der einzelnen Zweige, wie die der Bedürftigkeit im SGB II und SGB XII oder die objektive und subjektive Verfügbarkeit im SGB III verbleiben noch in der Entscheidung der anderen Sozialleistungsträger. Aus dem Modell einer gemeinsamen Verantwortung und Entscheidung ist die einer getrennten Verantwortung mit allseits verbindlicher Entscheidung der BA und allseits bindendem Gutachten des sozialmedizinischen Dienstes der GRV geworden.

Diese mehrfachen Änderungen an den organisatorischen Strukturen des Entscheidungsprozesses über die Erwerbsfähigkeit im SGB II sind nicht nur auf die Probleme einer Mehrebenen-Verwaltung im Bundesstaat zurückzuführen, sondern auch auf die komplexen Abläufen und Verhältnissen zu anderen Leistungsträgern, der Aufsicht und den Weisungsbefugnissen sowie dem Datenschutzrecht.¹⁶¹

Grundlegende rechts- und verwaltungswissenschaftliche Untersuchungen zu diesem Verfahren gibt es nicht. Dabei wäre es angesichts der aufgezeigten großen Probleme der sich überschneidenden und gegeneinander ausschließenden Kompetenzen im Vorfeld der Erwerbsminderung und auf dem Weg in die EM-Rente wichtig, einheitliche Bewertungen und Feststellungsverfahren zu etablieren.

Eine juristische (ebenfalls sozialpolitische-sozialmedizinisch orientierte) Analyse hätte zu klären, inwieweit das jetzt etablierte Verfahren gegenseitiger Bindung und geteilten Entscheidungsverantwortung die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts an die Klarheit der Verantwortungsstrukturen erfüllt und wie groß hier der Spielraum des Gesetzgebers ist, um bindende Verfahren der Kooperation und Entscheidungsfindung zu etablieren. Sodann ist die Bindungswirkung der Entscheidung der BA über die „Erwerbsfähigkeit“ und ihre Handhabung in der Praxis genauer zu analysieren. Danach wäre zu erörtern, wie die Bindung an das

160 Bericht des Bundestagsausschusses BT-Drs. 17/2188 S. 18.

161 Vgl. die Gesetzesbegründungen vor allem in BT-Drs. 17/1555 S. 16 und S. 19 – 33 sowie in BT-Drs. 18/1311, 15/1516.

sozialmedizinische Gutachten die bei den anderen Leistungsträgern verbliebenen Entscheidungen über die speziellen Voraussetzungen der Rehabilitation, Fördermaßnahmen und Entgeltleistungen beeinflusst, wie z. B. die Entscheidung über die Wahrscheinlichkeit des Eintritts einer Behinderung/Erwerbsminderung im SGB III, VI und IX, oder die objektive und subjektive Verfügbarkeit im SGB III oder die später folgenden Entscheidungen über die zumutbare Arbeit im SGB II.

(2) Andere Kooperationsverfahren?

Zentral wäre darüber hinaus eine (sozialpolitische und/oder sozialrechtliche) Untersuchung der Alternativen zu dem Verfahren der gegenseitigen Bindungswirkung. Zumindest wären Verfahren der Vereinheitlichung/Konzentration zu erwägen.

Ein trägerübergreifendes Fallmanagement ließe sich bei einer gemeinsamen Institution etablieren, wie den Servicestellen oder bei Beauftragten, die extern bei einer Institution oder bei einem Sozialleistungsträger oder einem privaten Leistungserbringer angesiedelt sind. Weniger weitgehend sind Verfahren der Koordination der je einzelnen Fallmanager, die sich zwar auf Teilprozesse beziehen, aber denen klar vorgegeben wird, wer für welche Schnittstelle verantwortlich ist und die Überleitung in die nächsten Abschnitte verantwortet und organisiert. Alle Lösungen, besonders aber die letzte, setzen ein gemeinsames Diagnose und Entscheidungssystem zur Bestimmung des Bedarfs und der Ziele voraus (s. sogleich 2.2.7.3). Die verfassungs- und sozialverwaltungsrechtlichen Voraussetzungen und verwaltungswissenschaftlichen Möglichkeiten dieser und weiterer alternative Verfahren wären zu erörtern. Ergebnis muss sein, zumindest Verfahren zu entwickeln, die sich überlappende Entscheidungen über Rehabilitationsbedarfe verbinden und das Rehabilitationsmanagement bei langandauernder Arbeitsunfähigkeit wie bei Dauerarbeitslosigkeit in Verbindung mit gesundheitlichen Einschränkungen organisieren – Risiken und Leistungsprozesse, an deren Ende meist zwangsläufig Leistungen der GRV stehen (Rehabilitation, EM-Rente und (vorzeitige) Altersrente).

Quer zu diesen institutionellen Schnittstellen liegen inhaltlich-fachliche Schnittstellen. Man kann sie auch ohne Berücksichtigung der geteilten Verantwortung so lösen, dass jenen Stellen, die als erste eine (medizinische) Diagnose erstellt und Leistungen erbringt, auch für die weitere (berufliche) Diagnose sorgen muss. Für solche gestuften Verfahren gibt es auch gute und erprobte Vorbilder in Nachbarstaaten. In den Niederlanden ist eine multidisziplinäre (Arzt und Berufskundler) Analyse nach der sechsten Krankheitswoche und ein Wiedereingliederungsplan in der achten Krankheitswoche vorgeschrieben und übernimmt nach der achten Krankheitswoche ein Fall-Manager den Prozess der beruflichen Wiedereingliederung¹⁶² - dies auch bei sehr unterschiedlichen Leistungszuständigkeiten, nämlich der Arbeitgeber (Lohnfortzahlungspflicht von 104 Wochen), der Kranken- und der Invaliditätsversicherung.

162 Frans Pennings, The New Dutch Disability Benefits Act: The Link between Income Provision and Participation in Work, in: Devetzi/Stendahl (Hrsg.) 2011 Fn. 36, S. 77, 80 – 90 und Reese/Mittag Fn. 143.

Nicht ausreichen dürfte es, die GRV (oder auch BA) formal verfahrensrechtlich „beizuladen“ (§ 12 SGB X).¹⁶³ Denn einmal steht die Beiladung nur im Ermesse des jeweiligen Sozialleistungsträgers und zum anderen führt sie nur dazu, dass die Ergebnisse des Verwaltungsverfahrens auch für die beigeladene Institution gelten. Hier geht es aber um mehr, nämlich eine gemeinsame Problemdefinition und ein gemeinsame Problemmanagement.

2.2.7.3 Gemeinsame Instrumente zur Bedarfsfeststellung in der Rehabilitation?

Schon seit langem wird diskutiert, die Instrumente zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs trägerübergreifend zu vereinheitlichen. Erst wenn eine gemeinsame Sprache und ein gemeinsames Instrument zur Feststellung der Bedarfe gefunden ist, können diese auch trägerübergreifend gesteuert werden. Denn dadurch wird die Kooperation erleichtert und für alle Beteiligten der Interventionsbedarf deutlich.

Die rehabilitationswissenschaftlichen und rehabilitationsrechtlichen Grundlagen sind hinreichend erörtert.¹⁶⁴ Mit der Machbarkeitsstudie *„Prüfung von aktuellem Stand und Potential der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der ICF“*¹⁶⁵ sind Anforderungen an ein gemeinsames Instrument zur Bedarfsermittlung für LTA erstellt worden. In allen Vorschlägen ist Basis und Bezugspunkt immer der ICF. So heißt es im Bericht *„RehaFutur“* von 2009 in Bezug auf alle Rehabilitationsträger *„Einvernehmen herrscht auch beim Hervorheben der Notwendigkeit der Einführung und geeigneten Anwendung der ICF als Klassifizierungsinstrument für die Steuerung von Rehabilitationsprozessen“*¹⁶⁶

Abgeschlossen sind diese Bemühungen aber nur, wenn die praktischen Rahmenbedingungen für solche Instrumente durch ein rehabilitationsrechtliches und/oder –wissenschaftliches Gutachten erarbeitet werden, woran es noch weitgehend fehlt: (1) Welcher Art sollten die Regelungen sein, die das Verfahren ihrer Erarbeitung organisieren (Mischung aus gesetzlichen Vorgaben im SGB IX, mit Ausfüllung durch Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung, eventuell mit den Recht der Ersatzvornahme durch den BMA bei Verzögerung); (2) welchen Grad der Verbindlichkeit sollten sie haben; (3) was sollte der Mindestinhalt sein und (4) wie

163 So der Vorschlag von Felix Welti/Henning Groskreutz, *Soziales Recht zum Ausgleich von Erwerbsminderung*, HBS-Arbeitspapier 295, 2014, S. 70.

164 Vgl. die Aufsätze in *„Rehabilitation“* 1/2011 von: Mittag/Jäckel, *Bedarfsfeststellung: Gesetzliche Grundlagen, derzeitige Praxis und aktuelle Forschungsfragen – Thinking Outside the Box*, *Rehabilitation* 2011, 50(1), 4-6; Felix Welti, *Rechtsfragen der Bedarfsfeststellung für Leistungen zur Teilhabe*, *Rehabilitation* 2011; 50(1): 7-10; Larissa Beck/B. Giraud, B. Petri, *Trägerübergreifende Bedarfsfeststellung – mögliche Ansätze und Perspektiven*, *Rehabilitation* 2011; 50(1): 11-16; Bettina Hesse/E. Gebauer, *Sozialmedizinische Begutachtung im Rentenverfahren: Stellenwert, Forschungsbedarf und Chancen*, *Rehabilitation* 2011; 50(1): 17-24.

165 Machbarkeitsstudie *„Prüfung von aktuellem Stand und Potential der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der ICF“* Ergebnisse unter: <http://www.bar-frankfurt.de/2886.html>.

166 Sieglind Ellger-Rüttgardt u.a., *Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland (RehaFutur)*, Deutsche Akademie für Rehabilitation e.V., Bonn (Hrsg.), 2009, S. 72 ff., S. 108/9 sowie unten Fn. 173 und 174.

ist ihre praktische Umsetzung garantiert (Sanktionen?).

Hieran anschließend könnte in einer sozialpolitischen Studie aufgezeigt werden, welche weiteren Schritte jetzt notwendig sind und noch fehlen, um entsprechende Instrumente zu entwickeln.

2.2.7.4 Geteilte Verantwortung und Ökonomische Anreize gegen ein „Ab-schieben“ in die EM-Rente?

Wie festgestellt, gibt es durchgängig eine mehrfache Leistungszuständigkeit für Prozesse der Krankheit, Behinderung und Arbeitslosigkeit hin zur Erwerbsminderung, bei der die unterschiedlichen Sozialleistungsträger teilweise zeitlich zusammenfallend teilweise gestuft hintereinander Verantwortung für die Prävention und Kuration tragen. Dies ist die Grundlage dafür, dass die GRV erst 6 Monate nach Beginn der (noch nicht endgültig verfestigten) Erwerbsminderung EM-Rente leisten muss. Wie diese Verantwortung zwischen den Sozialleistungsträgern sinnvoll zu verteilen ist, ist allein bei der arbeitsmarktbedingten vollen EM-Rente diskutiert worden. Bei den anderen Prozessen und gegenüber der GKV fehlt es an entsprechenden Ansätzen.

Jede Regelung über die geteilte Verantwortung sollte nicht nur die Integrationsverantwortung, sondern auch das Integrationsinteresse der BA und auch der GKV erhöhen. Das spricht für die 2008 (G v. 8.4.2008 BGBI I S. 681) wieder eingeführte Verlängerung des Arbeitslosengeldes für Ältere auf max. 24 Monate. Sollte die jetzige Risikoverteilung bleiben wäre es gut, ergänzend zur Beteiligung der BA an den Kosten der Arbeitsmarktrenten (§ 224 SGB VI), die GRV zu verpflichten, einen Teil der ersparten, prospektiv kalkulierten Kosten der EM-Renten an die Träger nach dem SGB II und SGB III zu zahlen, wenn diese Teil- oder gar Vollerwerbsunfähige durch ihre Förderung wieder in den Arbeitsmarkt ganz oder teilweise integrieren. Vielleicht wirkt das dem Interesse der Leistungsträger des SGB II und SGB III entgegen, Teilerwerbsunfähige in die Verrentung abzuschieben.

Umgekehrt kann auch mit Sanktionen gearbeitet werden. Hier wäre an gesetzlich festgelegte Interventionszeitpunkte anzuknüpfen (s. oben 2.2.7.1). Wenn die Krankenkasse nicht nach 6/8/12 Wochen Arbeitsunfähigkeit die Arbeits- und Integrationsfähigkeit einer Versicherten/eines Versicherten überprüft und einen Prozess des Integrationsmanagements in Gang setzt (eventuell auch die BA und GRV hinzuzieht), verlängert sich die Pflicht zur Zahlung von Krankengeld regelhaft um einen bestimmten Zeitpunkt. Ähnlich sähe die Sanktion bei der BA aus, die bei gesundheitlich eingeschränkten Arbeitslosen entsprechende Maßnahmen nicht nach einer Arbeitslosigkeit von 3/6 Monaten einleitet. Als Sanktion wäre auch an einen (teilweisen) Ersatz der EM-Rentenzahlung der GRV bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze zu denken, was wohl allein als Sanktion gegenüber den Jobcentern in Betracht käme.

Hier sollte ein juristisches/verwaltungswissenschaftliches Vorhaben die Fragen klären, (1) ob es solche Verfahren der positiven/negativen Sanktionierung jetzt schon und mit welchen Er-

fahrungen/Erfolgen gibt, (2) wie sie genau auszugestalten wären, um ihre Wirksamkeit zu gewährleisten, (3) wie eine solche Regelung in das System des Sozialrechts und Sozialverwaltungsrecht passt und (4) welche (verfassungs-/kompetenz-) rechtlichen Grenzen es gibt.

2.2.8 Probleme der „Doppelmitgliedschaften“

Es wurde schon erwähnt (oben 1.1), dass die Ländervergleiche bei der Verteilung der Sozialleistungsempfänger auf unterschiedliche Systeme mit klaren Zuordnungen zu Leistungssystemen arbeiten, die dem deutschen (und wahrscheinlich auch vielen anderen) Sozialleistungssystem nicht gerecht werden. Tritt das Risiko der Invalidität/Erwerbsminderung ein, können sehr unterschiedliche Leistungssysteme das Problem bearbeiten selbst wenn die GRV eine EM-Rente leistet: (teilweises) Arbeitslosengeld und Krankengeld neben einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung und vor allem Sozialhilfe (rentenaufstockende Grundsicherung nach SGB II und SGB XII). Was die Betroffenen beanspruchen können hängt oft von der vorherigen Erwerbsbiografie und dem Zeitpunkt des Risikoeintritts ab. Wie gezeigt, sind die sozialrechtlichen Regelungen, die für diese Doppelmitgliedschaften gelten, nicht aufeinander abgestimmt (oben 2.1.1 und 2.1.2).

Ausgehend von einer genaueren Analyse dieser sozialrechtlichen Diskrepanzen, wäre genauer zu analysieren, wie groß die Gruppe der „Doppelmitgliedschaften“ (Arbeitslosengeld/Krankengeld – EM-Rente; SGB II – EM-Rente) ist und welche sozialstatistischen Merkmale sie prägen. Sodann wäre zu untersuchen, ob und zu welchen Problemen es in der Praxis kommt, insbes. ob unterschiedliche Anforderungen an die Integrationsbereitschaft gestellt, ob und wie das Kooperationsproblem zwischen den Leistungsträgern bearbeitet wird und unterschiedliche Beratungs-, Betreuungs- und Förderaktivitäten der jeweiligen Leistungsträger zum Einsatz kommen.

3. Das Konzept der Erwerbsminderung im SGB VI

3.1 Wo liegen die Probleme der Risikodefinition in § 43 SGB VI?

An sich besteht über die Elemente zur Bestimmung des Risikos „Erwerbsminderung“ im nationalen¹⁶⁷ wie ausländischen¹⁶⁸ Recht weitgehend Konsens: (1) Infolge einer Krankheit/Behinderung ist (2) für einen längeren Zeitraum (oft 6 Monate/180 Tage) und (3) mit einer gewissen Intensität die (4) Leistungs-/Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt.

(a) Die Erwerbsminderung muss auf einer Krankheit beruhen.¹⁶⁹ Dies ist eine relativ hohe Schranke, zumal die sozialmedizinische Begutachtung von bestimmten Krankheitsbildern

167 Alexander Hirschberg, Berufsunfähigkeit, Invalidität, Erwerbsminderung und ähnliche Begriffe, 2011, S. 177 ff.

168 Stamatia Devetzi/Sara Stendahl, Introduction 2011, Fn. 36, S. 1 ff; Thomas Erhag, „Incapacity for Work“: A National Legal Concept with Cross-National Functions, in Stamatia Devetzi/Sara Stendahl 2011 Fn. 36, S. 23 ff.

169 Das gilt auch für die Voraussetzung „Behinderung“ vgl. zuletzt BSG v. 9.5.2012 - B 5 R 68/11 R - Rn. 14.

ausgeht.¹⁷⁰ Arbeitspsychologische und sozialmedizinische Aspekte wie die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit des Erwerbsgeminderten werden vernachlässigt.¹⁷¹ Das verengt den Blick auf die gesamte Leistungsfähigkeit, wie sie von dem diagnoseunabhängigen System der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ zur Feststellung von Behinderungen gefordert wird. Zu Recht stellte der Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung von 2004¹⁷² die vielen Schwierigkeiten fest, den ICF in das deutsche System zu inkorporieren.

Immerhin bleibt daran zu erinnern, dass die Rehabilitation als Leistungsvoraussetzung sehr viel weiter gefasste Risiken und sehr viel weitergehende Leistungsziele hat und hier auch schon in der Begutachtung der ICF berücksichtigt wird,¹⁷³ wie er generell jeder sozialmedizinischen Begutachtung zugrunde liegen soll.¹⁷⁴ Selbst in diesem Punkt wird (noch) Kritik am SGB IX dahin geäußert, dass zumindest in den konkreten Regeln zu den Voraussetzungen der Rehabilitationsleistungen das Partizipationsmodell des ICF nicht hinreichend umgesetzt sei.¹⁷⁵

Für eine Öffnung des Leistungsfalls der EM-Rente in diesem Sinne spricht also, dass auch die EM-Rente nur befristet geleistet und der Weg zur Rückkehr in den Arbeitsmarkt offen gehalten werden soll, der oft von der Rehabilitation begleitet wird; es ist nur konsequent dies auch stärker in die Definition des Versicherungsfalls selbst einzubeziehen. Aber dies ist nicht zwingend. Denn es ist sachlich gerechtfertigt, die präventiven und auch rehabilitativen Leistungen umfassender auszugestalten, als die Elemente und Voraussetzungen des zu vermeidende Risikos. Das wird allein schon an den Reha-Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft deutlich (§§ 53 ff. SGB IX), denen nicht direkt eine Leistungsvoraussetzung für die EM-Rente entspricht.

170 Vgl. die zahlreichen Leitlinien zur sozialmedizinischen Begutachtung der DRV unter www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Fachbereiche/01_sozialmedizin_forschung/01_sozialmedizin/03_begutachtung/leitlinien_index.html

171 Vgl. die Kritik von Gert H. Steiner, Berufs- und wirtschaftskundliche Aspekte bei Erwerbsminderungsrenten, SGB 2011, S. 368/9.

172 Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung (SOMEKO), DRV-Schriftenreihe Bd. 53, 2004, S. 156 ff.

173 Als Beispiele: Rehabilitationsbedürftigkeit und indikationübergreifende Problembereiche, Leitlinien für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund, 2. Fassung Stand 1.10.2005, S. 2-5; „Die Richtlinien basieren auf dem Teilhabekonzept der ICF“ § 1 Abs. 2 S. 2 Gemeinsame Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI über medizinische Leistungen für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben (Richtlinien zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit) vom 5. September 1991 in der Fassung vom 23.09.2008, unter http://www.deutsche-rentenversicherung-regional.de/Raa/Raa.do?f=SGB6_31ANL3.

174 Vgl. Empfehlung der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation vom 31. März 2009 „Die Nutzung der ICF bei der Ausgestaltung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation)“ unter: http://www.dvfr.de/uploads/media/ICF-Empfehlung_2009_03_31.pdf (20.7.2014); Wolfgang Cibis, Die sozialmedizinische Begutachtung, Begutachtungsanlass und Fragestellungen, in Kapitel 5, Die sozialmedizinische Begutachtung, in: DRV Bund (Hrsg.), Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 7. Aufl. 2011, S. 78 ff., 82/3 – mit allerdings deutlich anderen Akzentsetzungen als für die weitere, explizit den ICF einbeziehende Begutachtung für die Rehabilitation, ebda. S. 84/5.

175 Heike Engel u.a., Vorstudie zur Evaluation des Sozialgesetzbuches IX Teil I, BMAS Forschungsbericht 441, 2013, S. 6/7.

(b) Es ist wohl unbestritten, dass sich Leistungseinschränkungen auch wenn sie auf konkrete Tätigkeiten bezogen werden nur sehr schwer in Arbeitsfähigkeit für bestimmte Stunden pro Tag umrechnen lassen.¹⁷⁶

(c) Die abstrakte Grenze von 3 bzw. 6 Stunden Arbeitsfähigkeit entspricht nicht den realen Anforderungen und Verwertungsbedingungen auf dem Arbeitsmarkt. Die Rechtsprechung erweiterte sie deshalb um Ergänzungstatbestände der sog. Katalog- oder Seltenheitsfälle¹⁷⁷ einerseits und der Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder einer schweren spezifischen Leistungsbehinderung andererseits¹⁷⁸ - immer aber eng bezogen auf den Einzelfall, sehr vorsichtig und um feste Kriterien bemüht.

(d) Schließlich seien die schon (oben 2.1.2) erörterten Probleme des Einsatzes des Restleistungsvermögens auf dem Arbeitsmarkt bei der Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung erwähnt.

Zu Recht stellen Devetzi und Stendahl in der Zusammenfassung ihres Buches zum Ländervergleich über die jüngsten Reformen der EM-Rente¹⁷⁹ fest, dass von den vier untersuchten Ländern das UK, die Niederlande und Schweden¹⁸⁰ in der Reform sehr viel Wert auf eine Modernisierung des Prozesses der Feststellung der Erwerbsminderung gelegt haben, während dieser Aspekt in Deutschland keine Rolle gespielt hat.

3.2 Alternativen für eine bessere Bestimmung des versicherten Risikos und Forschungsbedarf

So breit die Probleme der EM-Rente, vor allem der Definition des Versicherungsfalls, diskutiert worden ist, so wenig finden sich ausführlichere Bestandsaufnahmen bisheriger Reformvorschläge oder gar empirisch fundierte Alternativen. Die oben schon erwähnten vergleichenden Forschungen vor allem von Börsch-Supan u. a.¹⁸¹ machen deutlich, dass das entscheidende Steuerungsinstrument zur Reintegration in den Arbeitsmarkt (auch) in der Definition des Leistungsfalls der Erwerbsminderung liegt. Die unterschiedlichen Modernisierungen in den Ländern UK, Niederlande, Schweden und Deutschland sind dargestellt und verglichen in dem Band von Stamatia Devetzi/ Sara Stendahl (Hrsg.), *Too sick to work. Social Security Reforms in Europe for Persons with Reduced Earnings Capacity*, 2011.¹⁸² Aber diese Arbeit beschränkt

176 Abschlussbericht Fn. 172, S. 215. Zur Möglichkeit und ihren vielen Spielräumen Wolfgang Cibis, Die sozialmedizinische Begutachtung, Begutachtungsanlass und Fragestellungen, in Kapitel 5, Die sozialmedizinische Begutachtung, in: DRV Bund (Hrsg.), Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 7. Aufl. 2011, S. 78, 81 – 83.

177 BSG Großer Senat 19.12.1996 - GS 2/95 - SozR 3-2600 § 44 Nr 8 = BSGE 80, 24-41 Rn. 38.

178 Zu ihnen BSG 9.5.2012 - B 5 R 68/11 R – Juris.

179 Stamatia Devetzi/Sara Stendahl Devetzi, Stamatia/Stendahl, Sara, Comparing Legal Reforms and Legal Strategies, in: Stamatia Devetzi/Sara Stendahl (Hg.), *Too sick to work. Social Security Reforms in Europe for Persons with Reduced Earnings Capacity*, 2011, S. 167, 171 - 174.

180 Rickard Ulmestig 2013 Fn. 142.

181 Fn. 9, Fn. 10 und Fn. 13.

182 Devetzi/Stendahl (Hrsg.) 2011 Fn. 36.

sich auf eine vergleichende Darstellung, die allerdings den vorherrschenden Trend zur Aktivierung und flexibleren Definition des Leistungsfalls „Erwerbsminderung“ deutlich herausarbeitet ansonsten aber zu dem Problem der Definition des Risikos Erwerbsminderung selbst keine Ausführungen machen.

Ob aber die Definition des Versicherungsfalls Erwerbsminderung reformbedürftig ist, weil nicht alle wesentlichen Risikofälle einbezogen sind, ließe sich wohl nur entscheiden, wenn „treffgenauere“ Alternativen bestünden und in einem Vergleich zum jetzigen System in der Praxis überprüft werden könnten. Dazu fehlt es schon an den Grundlagen.

3.2.1 Gleitender Versicherungsfall mit entsprechender Leistungshöhe

Die OECD kam 2003¹⁸³ zu dem Ergebnis, dass der Prozentsatz des Grads der Behinderung wohl die wesentliche Voraussetzung ist, die den Zugang zur EM-Rente und damit auch die Anzahl der Personen in EM-Rente steuert und steuern sollte, weniger die (relative) Höhe der EM-Rente im Verhältnis zu anderen Sozialleistungen und zum vorherigen Einkommen.

(a) Wie schon bei der Analyse der Verteilung der Verantwortung und der Kooperation zwischen den Sozialleistungsträgern ist das System mit seinen Schwellenwerten insoweit ein Problem als jenseits der Schwelle der teilweisen Erwerbsminderung (Erwerbsfähigkeit unter 6 Std./Tag = 75% der „normalen Erwerbsfähigkeit“) gravierende Behinderungen der Integration in den Arbeitsmarkt bestehen können. Diese „leichten“ Beeinträchtigungen mögen die ersten Stadien auf dem Weg in die EM-Rente sein oder sich dauerhaft bis zur Altersrente stabilisieren, ohne dass eine EM-Rente zu leisten wäre. Wie groß das Potential ist zeigt – wie schon erwähnt (oben 2.1.2) - die hohe Zahl der gesundheitlich beeinträchtigten Personen an den Dauerarbeitslosen, die regelmäßig zwischen 43 und 46% liegt.¹⁸⁴

Erweitert und flexibilisiert man die Leistungsvoraussetzungen, so bleiben dennoch Grenzwerte und Schwellen notwendig, ab denen rehabilitativ interveniert werden sollte und später Leistungen zu gewähren sind. Die Gefahr aller Schwellenwerte ist, dass sie den Vorlauf in der Entwicklung des Risikos nicht hinreichend berücksichtigen. Die Alternative ist, (nur) mit gleitenden Skalen zu arbeiten – die allerdings auch einen „Eingangswert“ definieren müssen, wann eine Abweichung/Störung/Anomalität ein Versicherungs- und Leistungsfall wird.

Man kann die jetzigen Stufen 3 Std./Tag und 6 Std./Tag beseitigen und es z. B. rein auf einen merklichen Einkommensverlust (20% und mehr) abstellen, der auf einer Erwerbsminderung beruhen muss und der dann zu einem bestimmten Prozentsatz ersetzt wird. Dann könnte die Rente auch an Personen in einer Beschäftigung geleistet werden und beständen eher Anreize, (teilweise und/oder unterwertig) beschäftigt zu bleiben als bei voller Erwerbsminderung ganz

183 OECD, Transforming Disability into Ability: Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People, Social Issues / Migration / Health 2003, S. 83/4.

184 BA, Arbeitsmarkt 2012, 2013, S. 148 und BA, Arbeitsmarkt 2000, 2001, S. 196 jeweils Tabelle „Langzeitarbeitslose (ein Jahr und länger) nach Strukturmerkmalen; Deutschland“.

aus dem Arbeitsmarkt auszuschneiden. Dahin ging der Vorschlag einer „EM-Rente mit gleitender Einkommensanrechnung“ aus der Rentenversicherung Anfang der achtziger Jahre.¹⁸⁵ Er wird auch im neuen niederländischen Recht der EM-Rente praktiziert.¹⁸⁶

Eine solche Änderung hätte einmal den Vorteil, dass sie den Versicherungsfall genauer als jetzt beschreibt. Denn es geht um den Ersatz eines Einkommensausfalls auf der Basis des bisherigen (versicherungspflichtigen) Verdienstes im Erwerbsleben. Dadurch würde auch der jetzige immanente Widerspruch aufgehoben, dass zwar der Versicherungsfall über den Ausfall der Erwerbsfähigkeit in Stunden pro Tag gemessen wird, die Zuverdienstgrenzen aber über Einkommensbeträge, also letztlich über den Entgeltausfall. Die Verbindung der EM-Rente mit Weiterarbeit ist klarer und einfacher. Sie könnte auch zu einer gleitenden Skala in der Beschreibung des Leistungsfalls und entsprechenden gleitenden Lohnersatzleistungen führen. Probleme dürfte sicherlich die Umrechnung der Leistungseinschränkungen in einen konkreten Verdienstausschlag machen. Demgegenüber ist eine Rückkehr zur alten Zweistufigkeit des Rechts vor 2001 nicht sinnvoll.¹⁸⁷

Beim Versicherungsfall allein auf den Verdienstausschlag abzustellen, wirft auch erhebliche Probleme auf, wie wir von ähnlichen (Schwellen-) Werten der Vergangenheit¹⁸⁸ kennen: Welcher Verdienst mit welchen Elementen, welchen vergangenen und welchen zukünftigen (Vergleich-) Berufs etc?

Daraus ließe sich als Forschungsbedarf ableiten, einmal alle bisherigen in Deutschland diskutierten Alternativen zur klassischen Definition des Risikos der Erwerbsminderung aufzuarbeiten und kritisch die Vor- und Nachteile sowie die Praktikabilität zu erörtern. Diese Aufarbeitung kann ergänzt werden um die Analyse einiger ausländischer Systeme, die ebenfalls mit gleitenden Definitionen des Risikos arbeiten. Vor allem gilt dies für das niederländische System.

3.2.2 Umorientierung durch Basierung auf dem ICF?

Der Trend geht in fast allen grundlegenden Reformen des Erwerbsminderungsrechts in Europa dahin, bei der Definition und dem Prozess der Feststellung der Erwerbsminderung den „Vorläufern“ einer lang andauernde Krankheit/Arbeitsunfähigkeit und einer drohenden/beginnenden Behinderung, wie auch der voll ausgebildeten Minderung der Erwerbsfähigkeit, nach den umfassenden Konzepten von ICD und ICF der WHO zu verfahren; kombiniert

185 Franz Ruland/Herbert Rische, Die „Erwerbsminderungsrente“ als Möglichkeit zur Reform der Sicherung der Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, DRV 1980, 12. Überblick über die Reformvorschläge bei Michael Roth ua., Die Versicherungsfälle der Berufs- und Erwerbsunfähigkeit im Recht der gesetzlichen Rentenversicherung – Kritik und Reformansätze, ZfS 1993, 547.

186 Pennings 2011 Fn. 162, S. 77, 83 – 86.

187 So, allerdings differenzierter Gerhard Bäcker/Ernst Kistler/Heinz Stapf-Fine, Erwerbsminderungsrente - Reformnotwendigkeit und Reformoptionen, FES WiSo Diskurs Mai 2011, S. 29/30.

188 Zur „gesetzlichen Lohnhälfte“ beim Verweisungsberuf in der alten BU-Rente vgl. BSG v. 23.6.1981 - 1 RA 5/80, SozR 2200 § 1246 Nr. 80 und BSG v. 19.3.1980 - 4 RJ 13/79, SozR 2200 § 1246 Nr. 60.

wird dies mit einem Schwergewicht darauf schon im Prozess eines frühen „Assessments“ die vorhandenen Fähigkeiten positiv festzustellen und auf eine (Re-) Integration in den Arbeitsmarkt zu orientieren.¹⁸⁹

Das englische,¹⁹⁰ und schwedische Recht¹⁹¹ arbeiten bei der Feststellung vergleichbarer Leistungen mit einem sehr breiten Katalog an Fähigkeitseinschränkungen nach dem ICF. Die einzelnen Einschränkungen werden mit Punkten bewertet und die Leistungsberechtigung hängt davon ab, dass eine Gesamtpunktzahl erreicht wird. Selbst das französische Recht,¹⁹² das an sich einer traditionellen Definition nach Arbeitsfähigkeitsstunden/Tag folgt, arbeitet bei der Feststellung der Arbeitsfähigkeit mit sehr viel offeneren Kriterien.

Diese neuen Ansätze gilt es näher unter zwei Aspekten zu analysieren. Einmal kann die Definition des Risikos der Erwerbsminderung erweitert werden und zum anderen können die Verfahren und Methoden der Feststellung des Risikos unabhängig von der Definition erweitert und ausdifferenziert und für alle Leistungszweige vereinheitlicht werden.

(1) Die Schwierigkeit offenerer, *umfassendere und multifunktionale Definitionen der Leistungsfälle* einzuführen, zeigt sich am besten an der Diskussion um die Reform der Feststellung der Pflegebedürftigkeit im SGB XI.¹⁹³ Die Diskussionen um die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in Deutschland¹⁹⁴ wie des Erwerbsminderungsbegriffs im UK,¹⁹⁵ den Niederlanden¹⁹⁶ und in Schweden¹⁹⁷ machen deutlich, wie stark eine präzisere, moderne Fassung des Risikos und ein umfassendes Assessment im Sinne einer (Re-) Aktivierung, die es auch stärker auf die (verbliebenen) Fähigkeiten und ihre Verbesserung abstellen,¹⁹⁸ verbunden sind mit dem Sparzwang und dem Interesse an einer präzisen, selektiven Steuerung des Zu-

189 Stamatia Devetzi, Reformen in Europa für erwerbsunfähige Personen im Vergleich – Entwicklung und Aktivierungsbeispiele, DRV 2012, mwN in Fn. 21; Erhag 2011 Fn. 168, S. 22 – 28;

190 Gute Übersicht bei: Disability Rights UK, Employment and support allowance overview, 2014 unter <http://www.disabilityrightsuk.org/employment-and-support-allowance-overview>. Zum Work Capability Assessment (WCA), das den Leistungen für Erwerbsgeminderte zu Grunde liegt: A guide to Employment and Support Allowance – The Work Capability Assessment, ESA214 Jan 2013 unter http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/248826/esa214-rev-oct2013.pdf und zuletzt die Dokumente der Überprüfung des Instruments (1) Bericht einer internen Arbeitsgruppe unter <http://www.dwp.gov.uk/docs/work-capability-assessment-review.pdf> und (2) den externen Überprüfungsbericht unter <http://www.dwp.gov.uk/docs/wca-review-2011.pdf> alle besucht am 10.9.2012 sowie Harris/Rahilly 2011 Fn. 141, S. 43 ff., 58 ff. zu den verschiedenen reviews.

191 Erhag 2011 Fn. 168, S. 21, 25 ff.

192 Code de la sécurité sociale Art. L 331 definiert „invalidité“ mit einer Mischung aus konkreten und abstrakten, berufseinkommens- und arbeitsmarktbezogenen Kriterien.

193 Vgl. BMG (Hrsg.), Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, 2013 sowie die Antwort der Bundesregierung BT-Drs. 17/3012 und Fünfter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung BT-Drs. 17/8332, S. 25, 40/41.

194 Vgl. die beiden Überprüfungsberichte Fn. 190 und Fn. 201.

195 Harris/Rahilly 2011 Fn. 141, S. 43 ff., 58 ff. zu den verschiedenen reviews.

196 Pennings 2011 Fn. 162, S. 77 ff.

197 Erhag 2011 Fn. 168, S. 21, 27/8; allg. Rickard Ulmestig 2013 Fn. 142.

198 Dies ist der internationale Trend: Stamatia Devetzi, Reformen in Europa für erwerbsunfähige Personen im Vergleich – Entwicklung und Aktivierungsbeispiele, DRV 2012, 137 ff. mwN in Fn. 21.

gangs zu Leistungen. Letzteres belastet die Reformprozesse erheblich.¹⁹⁹

Immer noch dürfte aber die Vermutung richtig sein, dass eine vorzeitige Prävention und umfassende Erhebung des Aktivierungspotentials nicht nur im Interesse der Betroffenen sondern auch finanziell die bessere Lösung ist. Zumal es gesamtfiskalisch nur darum geht, ob einige aus der großen Zahl der Dauerarbeitslosen in Deutschland²⁰⁰ über das SGB II oder die GRV abgesichert werden. Eine Neubestimmung wird sicherlich mit vagen Begriffen und Konkretisierungen durch Verordnung und Verwaltungsrichtlinien arbeiten müssen. Das ist aber kein Verlust an Rechtsklarheit, wenn man bedenkt, dass die Ausnahmefälle der jetzigen Bestimmung der Erwerbsminderung (Katalog- oder Seltenheitsfälle, Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen/schwere spezifische Leistungsbehinderung) verschwinden können und man auf eine Arbeitsmarktrente verzichten kann.

Es ist sinnvoll, die Erfahrungen jener ausländischen Systeme aufzuarbeiten, die auch bei der Definition des Leistungsfalls der EM-Rente mit dem ICF arbeiten. Dafür sprechen vor allem die Entwicklungen im internationalen Recht der Behinderten mit der UN-Charta wie dem ICF der WHO, die stärker auf eine umfassende Analyse der Fähigkeiten und Möglichkeiten der Erwerbsgeminderten insbesondere auf die Chancen einer Reintegration in den Arbeitsmarkt abstellen und die in vielen Staaten schon in der Bedarfsanalyse wie auch der Feststellung des Risikos integriert worden sind.

Das UK hat eine lange Erfahrung von Methoden der Feststellung einer Erwerbsminderung und der folgenden Eingruppierung in unterschiedliche Anspruchsgruppen, die auf dem ICF basieren. Das 2007 eingeführte neue Verfahren des „limited capability for work assessment“ (CWA) ist mehrfach gründlich evaluiert und revidiert worden.²⁰¹ Das Instrument gilt als sehr geeignet, die Schwelle festzustellen, ab der eine Person nicht mehr fähig ist, Erwerbsarbeit zu leisten, bzw. dies noch partiell mit oder ohne Rehabilitationsleistungen kann.²⁰²

Kritik machte sich vor allem daran fest, dass das Instrument (1) zu restriktiv konzipiert wurde, damit es auch die Anzahl der Leistungsberechtigten senken konnte,²⁰³ (2) zu schnell umgesetzt

199 Stamatia Devetzi, Reforms of Incapacity Benefits Systems in Europe, in: Devetzi/Stendahl (Hrsg.) 2011 Fn. 36, S. 175, 176 – 179.

200 Im internationalen Vergleich ist die Zahl der Dauerarbeitslosen in Deutschland sehr hoch: Destatis/WZB/SOEP (Hrsg.), Datenreport 2011 Band II, S. 409.

201 Zu ihm und dem Verfahren unter der Vorläuferleistung Invalidity Benefit Harris/Rahilly 2011 Fn. 141, S. 49 – 61. Die letzte Evaluation von 2013: Department for Work and Pensions, Evidence Based Review of the Work Capability Assessment: a study of assessment for Employment and Support Allowance, December 2013, unter: www.gov.uk/government/publications/work-capability-assessment-evidence-based-review; Paul Litchfield, An Independent Review of the Work Capability Assessment – year four, December 2013, unter: www.gov.uk/government/publications/work-capability-assessment-independent-review-year-4; Government's response to the year four independent review of the Work Capability Assessment, Presented to Parliament by the Secretary of State for Work and Pensions by Command of Her Majesty, March 2014 Cm 8843 unter www.gov.uk/government/publications.

202 Je nachdem wird die Leistung mit einem Zuschlag für Reintegrierbare („work-related activity component“) oder Nicht-Reintegrierbare („support component“) und unterschiedlichen Paketen von Rehabilitationsleistungen kombiniert.

203 Harris/Rahilly 2011 Fn. 141, 2011, S. 50 - 58.

und (3) notwendige Verbesserungen nicht abgewartet und erst später umgesetzt wurden und (4) die Reform zu mechanisch auf die früheren (Dauer-) Bezieher der alten Leistung „incapacity benefit“ angewandt wurde.²⁰⁴ Das sind alles Kritiken, die nicht das Konzept selbst, sondern nur die Bewertung seiner einzelnen Elemente und den Umsetzungsprozess sowie vor allem die fehlende Berücksichtigung von persönlichen Merkmalen der Beschäftigungsfähigkeit („Employability“)²⁰⁵ betreffen.

Hier könnte eine intensive Untersuchung dieses Instruments mit spezifischen Fragestellungen (vor dem deutschen sozialpolitischen Hintergrund) mehr Klarheit über seine Funktionen sowie seine Vor- und Nachteile schaffen. Man könnte hierzu z. B. den ersten Gutachter der Regierung (Malcolm Harrington) oder auch andere Wissenschaftler/Praktiker der Sozialmedizin heranziehen. Für Deutschland völlig ungewöhnlich, aber für eine rationale Reformpolitik dienlich wäre es, auch Methoden der Erprobung zu diskutieren. Sollte und kann man erst in wenigen, ausgesuchten Regionen nach der neuen Definition verfahren, dies evaluieren und mit den andern Regionen, die nach der alten Praxis vorgehen, vergleichen?

(2) Unabhängig davon, wie man „Erwerbsminderung“ als Risiko und Leistungsfall definiert, bleibt es sinnvoll, die bei seiner Feststellung verwandten *Begutachtungsverfahren* zu standardisieren und möglichst einheitlich für alle Zweige, Stadien und Leistungen zu gestalten. Mit § 44a SGB II kommt dabei der GRV eine entscheidende Rolle zu – allerdings muss dies Verfahren auch schon in der Begutachtung der „Vorstufen“, der gesundheitlich Einschränkungen bei Langzeitarbeitslosen wie der langfristigen Erkrankungen in SGB III und SGB V angewandt werden. Auch hier bietet sich die Verwendung von Verfahren an, die auf dem ICF basieren, wie beides in sehr unterschiedlicher Form das System des UK wie der Niederlande realisieren. Hier kann auch auf entsprechende Systeme der GUV eingegangen werden.²⁰⁶

Die Schwierigkeiten, in die jetzige Bestimmung des Versicherungsfalls der „Erwerbsminderung“ die Kriterien des ICF zu integrieren, die die Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung (SOMEKO) in ihrem Abschlussbericht sah,²⁰⁷ sollte vor dem Hintergrund der ausländischen Erfahrungen wie auch den in Deutschland schon üblichen unterschiedlichen Verfahren in der Begutachtung von Maßnahmen der

204 House of Commons, Work and Pensions Committee, Oral evidence: Employment and Support Allowance and Work Capability Assessments, HC 1212, Wednesday 14 May 2014, unter: <http://data.parliament.uk/writtenevidence/committeeevidence.svc/evidencedocument/work-and-pensions-committee/employment-and-support-allowance-and-work-capability-assessments/oral/9582.html> (10.7.2014); House of Commons, Committee of Public Accounts, Department for Work and Pensions: Contract management of medical services, Twenty-third Report of Session 2012–13, 2013, S. 16 ff. unter: <http://publications.parliament.uk/pa/cm201213/cmselect/cmpubacc/744/744.pdf>. Vgl. auch die Kritik des ersten Gutachters Harrington in: The Guardian, Monday 16 December 2013 unter: <http://www.theguardian.com/politics/2013/dec/16/ministers-ignored-advice-fit-for-work-tests>.

205 Das ist die zentrale Kritik in dem Sammelband von Lindsay, Colin/Houston, Donald 2013 und insbes. bei Donald Houston and Colin Lindsay, Fit for Purpose? Lessons for Policies to Address the Disability Benefits 'Crisis', in: Lindsay, Colin/Houston, Donald (ed.), Disability Benefits, Welfare Reform and Employment Policy, 2013, S. 233 – 241.

206 DGUV, Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – Handlungsleitfaden; Anleitungen zur DGUV Vorschrift 2.

207 Oben Fn. 172.

Rehabilitation²⁰⁸ neu durch Sozial-/Arbeitsmediziner untersucht werden. Dabei ist auch zu beachten, dass die Einführung einiger oder vieler Elemente des ICF auf unterschiedlichen Ebenen und durch unterschiedliche regulatorische Elemente (Gesetz, Verordnung, Richtlinien der Sozialversicherungsträger bzw. ihrer Dachverbände, Gemeinsame Empfehlung gem. § 13 SGB IX, rein verwaltungsinterne Praxisanleitungen) erfolgen kann und zwar auf den weniger formellen Ebenen auch versuchsweise. Schließlich wäre auch die Praxis der Begutachtung aller Zweige (BA, MDK, GRV, UV) zu untersuchen und zu vergleichen. Es kann sein, dass sie sich stark angeglichen hat, weil es (1) mit den Richtlinien der GRV²⁰⁹ eine Orientierung gibt und (2) die Möglichkeit der GKV und der BA, Leistungsgeminderte an die GRV zu verweisen (§ 51 SGB V, § 156 Abs. 1 S. 2 SGB III), es nahelegt, dabei auch die entsprechenden Begutachtungsverfahren und –kriterien, wie die GRV zu verwenden.

Dabei könnte auch eine zweite Besonderheit des niederländischen Systems intensiver untersucht und bewertet werden, dass nach der arbeitsmedizinischen Begutachtung zwangsläufig eine berufskundliche Begutachtung durch einen weiteren, entsprechend qualifizierten Fachmann/Fachfrau folgt. Wie in der sozialmedizinischen Begutachtung der RV die berufskundliche Expertise eingebracht wird, wird zB auch in dem Band der DRV „Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung“ nicht klar geregelt. In ihm heißt es lakonisch: „In diesem Zusammenhang gewinnen Detailkenntnisse beruflicher Anforderungen an Bedeutung, über die Sozialmediziner nicht ohne Weiteres verfügen und die dann eine berufskundliche Stellungnahme erfordern. Die Bearbeitung berufskundlicher Gesichtspunkte ist trägerunterschiedlich organisiert.“²¹⁰ Ob daraus eine Vernachlässigung dieser Aspekte folgt, kann schwer belegt, sollte aber ebenfalls in einer Analyse untersucht werden.

4. Verbesserung des Versorgungsniveaus der EM-Rente – zweite und dritte Säule?

4.1 Unzureichendes Niveau der Absicherung bei Erwerbsminderung

4.1.1 Sinken des Niveaus der EM-Rente im letzten Jahrzehnt

Die durchschnittliche Höhe der Neuzugänge an Renten wegen voller Erwerbsminderung sank

208 Vgl. dazu Thomas Ewert, Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als Klassifikationshilfe der langfristigen Krankheitsfolgen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 55 (4), 2012, 459-467; Erik Farin, Patientenorientierung und ICF-Bezug als Herausforderungen für die Ergebnismessung in der Rehabilitation. Die Rehabilitation, 47 (2) 2008, 67-76.

209 S. Fn. 170 und Fn. 173 sowie Berthold Lindow/Friedrich Michael Radoschewski/Waltraud Lay/Inka Mohnberg/Janett Zander, Qualitätssicherung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – bewährte Instrumente und neue Fragestellungen, RVaktuell 2011, 166 – 172.

210 Lutz Haustein, Berufskundliche Aspekte in der Sozialmedizin, in: Kap. 3. Arbeitsmedizinische und berufskundliche Aspekte, in: DRV Bund (Hrsg.), Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 7. Aufl. 2011, S. 60ff., 61.

zwischen 2000 bis 2012 von 738 auf 646 Euro, die wegen teilweiser Erwerbsminderung von 547 auf 358 Euro.²¹¹ Da die angerechneten Versicherungsjahre leicht gestiegen sind,²¹² der durchschnittliche persönliche Entgeltpunkt von 0,779 auf 0,707 aber gesunken ist²¹³ dürfte der geringere Rentenzahlbetrag auch auf die Abschläge beim Zugangsfaktor von in der Regel 10,8% beruhen (§ 77 Abs. 2 SGB VI), die nicht durch die Anhebung der Zurechnungszeiten (§ 59 SGB VI) ausgeglichen worden sind. Ein weiterer Grund sind die geringere beitragsrechtliche Bewertung der Zeiten einer vorherigen Arbeitslosigkeit oder Krankheit und die zunehmende atypische und niedrig entlohnte Beschäftigung.²¹⁴

Die Abschläge wegen vorzeitigen Rentenbezugs hat das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung vom Januar 2011 geprüft und unter Verweis auf die Motive des Gesetzgebers damit gebilligt,²¹⁵ es gälte zu vermeiden, dass nach Fortfall der vorzeitigen Altersrenten nun in die Renten wegen Erwerbsminderung ausgewichen und das Ziel, Ausgaben einzusparen und das Zugangsalter anzuheben, konterkariert werden würde.

Dies Argument ist wenig überzeugend.²¹⁶ Einmal besteht keine Wahlmöglichkeit zwischen vorzeitiger Altersrente und EM-Rente, denn die Betroffenen können die Feststellung des Risikos nicht beeinflussen, das durch Sachverständige festgestellt wird und dem oft eine längere Phase der Rehabilitation vorausgeht²¹⁷ oder nachfolgt, in der die Erwerbsfähigkeit nochmals geprüft wird. Die Quote der Bewilligungen neu beantragter EM-Renten liegt zwischen 2000 und 20013 relativ konstant bei 50-52% und zwar unabhängig von den Rechtsänderungen.²¹⁸ Auch gibt es keine empirische Evidenz dazu, ob und wie Abschläge bei der Rente das Verhalten der vorzeitig Erwerbsgeminderten beeinflussen.²¹⁹ Es ist grundsätzlich äußerst problematisch, aus „Abschreckungs-“ oder Steuerungsgründen die Leistungen zur Absicherung eines existentiellen Risikos ohne Rücksicht auf den tatsächlichen Bedarf abzusenken. Und konkret ist angesichts der kürzeren Lebensdauer vorzeitig Erwerbsunfähiger die gesamte Rentenbezugsdauer nicht länger als die der Regelaltersrentner.²²⁰

211 DRV (Hrsg.), Rentenversicherung in Zeitreihen 2013, S. 128.

212 Ebda. S. 133: von 2000: 37,2 auf 2012: 38,5 Versicherungsjahre.

213 Vgl. BT-Drs 17/2271 (Beschäftigungssituation Älterer, ihre wirtschaftliche und soziale Lage und die Rente ab 67) S. 51. Ausführlich Kaldybajewa/Kruse 2012 Fn. 65. 211 ff.

214 Die durchschnittlichen Entgeltpunkte pro Versicherungsjahr sind gesunken von 2000: 0,901 auf 2012 0,741, DRV (Hrsg.), Rentenversicherung in Zahlen 2013 S. 136.

215 BVerfG 11.01.2011 - 1 BvR 3588/08, 1 BvR 555/09 - BVerfGE 128, 138; Thorsten Koop, Abschläge bei Renten wegen Erwerbsminderung aus verfassungsrechtlicher Sicht, DRV 2010, 67 – 81.

216 Vgl. schon Karl-Jürgen Bieback, Arbeitsförderung und Alterssicherung, in: VDR/FNA (Hrsg.), Interdependenzen in der sozialen Sicherung – Wirkungen und Reformoptionen, DRV-Schriften Band 60, 2005, S. 31-46.

217 Stefanie Martin/Pia Zollmann, Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung, RVaktuell, 2011, 121, 122.

218 BT-Drs. 17/2271 (Beschäftigungssituation Älterer, ihre wirtschaftliche und soziale Lage und die Rente ab 67) S. 54.

219 Dazu Holger Viebrok, Absicherung bei Erwerbsminderung, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Einkommenssituation und Einkommensverwendung älterer Menschen. Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung. Band 3, 2006, S. 248 mit Auswertung der Forschung bis 2004.

220 Dazu auf der Basis älterer Zahlen Viebrok vorherige Fußnote. Ansonsten vgl. Malte Wüstenberg, Interdependenzen im Sozialrecht, 2011, S. 183 ff.

Zwar treffen die Abschläge auch die Altersrentner, die vorzeitig in Rente gehen und kann dies für eine Harmonisierung/Gleichbehandlung sprechen. Aber die Fälle sind nicht vergleichbar. Die Beanspruchung der vorzeitigen Altersrente steht in der Wahlfreiheit der Versicherten. Bei der Beanspruchung der EM-Rente gibt es keine entsprechende Wahl- und Gestaltungsfreiheit. Hier gehört die Unfähigkeit, bis zum Erreichen der Altersrente (voll) arbeiten zu können, zum abgesicherten Risiko.

Immerhin hat die Reform 2014²²¹ die Zurechnungszeit entsprechend dem Anstieg der Regelaltersgrenze um zwei Jahre erhöht²²² und den Vorschlag des Sozialbeirats²²³ aufgegriffen, einige der letzten Jahre vor Eintritt des Versicherungsfalles als „beitragsgeminderte Zeit“ anzuheben. Letzteres fängt die Besonderheit des Risikos der Erwerbsminderung versicherungsrechtlich gut auf, da einer Erwerbsminderung in der Regel Zeiten des geminderten Einkommens, vor allem durch Krankheit und Arbeitslosigkeit mit geringeren Rentenversicherungsbeiträgen vorausgehen.²²⁴ Allerdings sind nicht die Beiträge der letzten vier Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung angehoben worden, wenn sie unter dem Durchschnitt des vorherigen Erwerbslebens standen, sondern die niedrigeren Beiträge haben keine Auswirkung auf die Bewertung der Zurechnungszeit (allein Änderung in § 73 S. 1 SGB VI).

Nach Berechnungen der DRV für unterschiedliche „Modell-EM-Rentner“²²⁵ werden sich dadurch vor allem die Renten der Personen erhöhen, die mit frühen Jahren erwerbsunfähig werden. Berechnungen zur Wirkung auf die durchschnittliche Höhe aller EM-Renten gehen von einer Erhöhung der Renten durch die Anhebung der Zurechnungszeiten um zwei Jahre von etwa 42 Euro (West) und 38 Euro (Ost) aus;²²⁶ die tatsächliche Auswirkung der Anhebung der letzten Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung auf die durchschnittliche Höhe der EM-Rente lässt sich noch nicht vorhersagen.

Die Verbesserungen gelten nicht für die Bestandsrenten, sondern nur für die Rentenneuzugänge. Deshalb steigen die voraussichtlichen Kosten der Reform auch langsam von 2015: 0,2 Mrd. Euro auf 2,1 Mrd. Euro in 2030; von den gesamten Kosten der Reform 2014 ist das jeweils nur ein Bruchteil, 2016 3% und 2030 19%.²²⁷

221 Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungsgesetz) v. 23.06.2014, BGBl I Nr. 27, 26.06.2014 S. 787.

222 BMAS, Das Rentenpaket, August 2012 unter <http://www.bmas.de/DE/Themen/Rente/Meldungen/rentenreformpaket-1208.html;jsessionid=66E3E81A99E417600A311ED5BD754AEC> – besucht 14.8.2012.

223 Gutachten des Sozialbeirats zum Rentenversicherungsbericht 2011 BT-Drs 17/7770 S. 83.

224 BT-Drs. 18/909 S. 14 und 21. Martin Brüssig, Licht und Schatten bei Anhebung der Regelaltersgrenze, Sozialrecht + Praxis 2012, 343; Pia Zollmann/Stefanie Martin, 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, RVaktuell 8/2013, S. 187 – 196.

225 Reinhold Thiede, Die geplante Reform der Erwerbsminderungssicherung aus der Sicht der Rentenversicherung, Vortrag auf dem Fachgespräch "Reform der Erwerbsminderungssicherung 2014: Problem gelöst oder zu kurz gesprungen?" der Hans-Böckler-Stiftung am 23. Juni 2014 in Berlin, unter: www.boeckler.de/pdf/v_2014_06_23_thiede.pdf (12.7.2014).

226 Vgl. Gerhard Bäcker, Das Rentenpaket der schwarz-roten Bundesregierung: Leistungsverbesserungen – aber kein Gesamtkonzept, IAQ-Standpunkt 02-2014, S. 8.

227 Gesetzesentwurf der Bundesregierung BT-Drs. 18/909, S. 3: 2016 0,3 von 9,3 Mrd Euro und 2030 2,1 von 11,0 Mrd

4.1.2 Keine hinreichende private Absicherung

Der zweite Vorschlag des Sozialbeirats, endlich auch eine staatliche Förderung der privaten Vorsorge gegen Erwerbsminderung vorzunehmen, ist problematisch. Zwar mag es bei der privaten Berufsunfähigkeits(BU)-Versicherung als einer reinen Risikoversicherung, mehr Transparenz und Wettbewerb geben, als bei der Riester-Rente/Lebensversicherung mit ihren großen Mängeln an Transparenz und Wettbewerb.²²⁸ Aber ob die private BU-Versicherung eine wirksame Alternative und/oder Ergänzung zur EM-Rente der GRV ist, kann bezweifelt werden, allein schon weil sie anderen Prinzipien folgt, vor allem weniger sozial ausgleichend ist.

4.1.2.1 Geringe Verbreitung

Informationen zu den privaten Versicherungen gegen das Risiko der vollen oder teilweisen Erwerbsminderung, die das gleiche Risiko absichern wie die GRV und deren Leistungen aufstocken, gibt es erst wenig.²²⁹ Auf eine sehr detaillierte Anfrage im Bundestag zur Problematik der privaten Versicherungen gegen EM und BU war die Antwort der Bundesregierung explizit oder implizit durchweg „Der Bundesregierung liegen keine entsprechend differenzierten Daten vor“.²³⁰

Vorherrschend ist die private Berufsunfähigkeitsversicherung.²³¹ Über deren Verbreitungsgrad und Handhabung gibt ebenfalls nur wenige genauere Informationen. Die aktuellste Befragung des Versicherungsunternehmens Continentale zusammen mit TNS Infratest von 2011 basiert auf der Befragung von 936 berufstätigen Personen.²³² Sie ergab, dass 37% der Befragten eine private Berufsunfähigkeitsversicherung haben; die gleiche Untersuchung zitiert aber eine Erhebung des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV),²³³ wonach sich die Quote nur auf 25% (jetzt der Haushalte) beläuft. Die Untersuchung von TNS Infratest hält es für möglich, dass ihre hohen Werte auf einer Verwechslung der Vorsorgeformen bei den Befragten beruhen und hält die 25%-Marke für realistischer.

Die sehr viel breiter angelegte Befragung der DRV bei 4278 Beziehern von EM-Renten der

Euro.

228 Zur Riester-Rente zusammenfassend und mwN: Kornelia Hagen/Wolfram Lamping, Karenzzeit, „Pflegeriester“, Bürgerversicherung – Was hilft weiter?, DIW Wochenbericht 39/2011, S. 3 ff., S. 11/12. Vgl. die Bundesregierung in BT-Drs. 17/10889 und Begründung zum Entwurf eines Altersvorsorge-Verbesserungsgesetzes – AltvVerbG in BT-Drs. 17/10818, S. 23/24.

229 Vgl. Internetbeiträge wie <http://www.optimal-vergleich.de/risikovorsorge/alternativen/erwerbsunfaehigkeitsversicherung/> oder <http://www.berufsunfaehigkeitsversicherung-ratgeber.com/erwerbsunfaehigkeitsversicherung/> (alle 1.8.2014)

230 Antwort der Bundesregierung v. 26.09.2012 BT-Drs. 17/10793 auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Matthias W. Birkwald, Diana Golze, Klaus Ernst, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE – Drucksache 17/10618.

231 Zu ihr als Information: <http://www.gdv.de/wp-content/uploads/2014/05/GDV-13-5008-BU.pdf>

232 Continentale Lebensversicherung AG (Hrsg.), Continentale-Studie „Berufsunfähigkeit 2011“ unter: www.continentale.de/cipp/continentale/lib/all/lob/return_download_ticket_guest/bid,10589/no_mime_type,0/~~/Continentale_Studie_BU_2011_klein.pdf (6.8.2014)

233 Dazu Handelsblatt v. 18.10.2013 „Die Angst vor Berufsunfähigkeit wächst“, unter: <http://www.handelsblatt.com/finanzen/vorsorge-versicherung/nachrichten/gdv-die-angst-vor-berufsunfaehigkeit-waechst/8953768.html> (7.8.2014)

GRV des Zugangsjahrs 2008 ergab dagegen eine sehr viel geringere Quote von 6,8%.²³⁴ Diese Zahlen sind sehr viel realistischer und genauer. Denn einmal beruhen sie auf einer größeren Zahl von Befragten. Vor allem aber befragen sie die, bei denen das Risiko eingetreten ist, bilden also den Sicherungsbedarf besser ab, als die allgemeinen Befragungen. Das erklärt sicherlich auch einen Teil der krassen Abweichungen zu den anderen Befragungen.

Nach sozioökonomischen Merkmalen werden die Deckungsquoten in allen Befragungen nicht aufgeschlüsselt, wohl aber die Aussagen über die Bereitschaft der Befragten, Ausgaben für eine BU-Versicherung zu machen. Sie steigt mit der Höhe des Einkommens und des Bildungsabschlusses.²³⁵

Erstaunlicherweise gibt es anscheinend gar keine private Zusatzversicherung, die immer dann, wenn eine EM-Rente der GRV geleistet wird, diese aufstockt. Solche Zusatzversicherungen sind in der privaten Krankenversicherung weit verbreitet. Vor allem dürfte wohl eine Rolle spielen, dass das jetzige Angebot an BU-Renten wirtschaftlich attraktiver ist. Dabei sind die Zusatzversicherungen einfach zu administrieren, weil sie an das Leistungsgeschehen der GRV anknüpfen. Andererseits geben die Privatversicherer damit die Zugangskontrolle aus der Hand. Ob die BU-Rente vorgezogen wird und ihr keine „billigere“ Konkurrenz gemacht werden soll, weil sie den Versicherern mehr Spielraum lässt und höhere Gewinne sichert, kann nur vermutet werden.

4.1.2.2 Mängel der bisherigen privaten Absicherung

Die private Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsversicherung ist zudem unter mehreren Aspekten problematisch.

(1) Die Untersuchung der DRV²³⁶ weist auf einen gravierenden Mangel in der Grundstruktur einer jeden Privatversicherung hin. Befragt nach den Gründen, weshalb sie keine private Berufsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen hätten, gaben 27,5% der EM-Rentner an, sie hätten wegen bestehender (Vor-) Erkrankungen keine Versicherung abschließen können. Für Behinderte und chronisch Erkrankte ist die private EM- und BE-Versicherung keine Alternative, es sei denn gravierende gesetzliche Eingriffe beseitigten die Kalkulation der Versicherung nach der Höhe des Risikos wie etwa in der privaten Pflegeversicherung gem. § 110 SGB XI.

(2) Im Markt dominiert die private BU-Versicherung. Sie hat im Zusammenspiel mit der Absicherung durch die GRV mehrere große Nachteile. Das Risiko, das sie absichert, die Berufsunfähigkeit in dem vorherigen Beruf, wird für Versicherte der Geburtsjahrgänge 1961 und später nicht (mehr) von der GRV getragen. Für die Berufsunfähigkeit, die nicht gleichzeitig

234 Martin/Zollmann/Buschmann-Steinhage 2014 Fn. 51, S. 83 ff., Punkt 8.2.

235 Continentale Lebensversicherung AG (Hrsg.) Fn. 232, S. 20.

236 Martin/Zollmann/Buschmann-Steinhage 2014 Fn. 51, S. 84 - Mehrfachnennungen möglich.

eine Erwerbsminderung iS des § 43 SGB VI ist, stellen also nur noch die privaten BU-Versicherung eine Absicherung zur Verfügung. Reichen ihre Leistungen nicht, muss SGB II bezogen werden, es sei denn die Versicherten haben noch anderweitig vorgesorgt oder ausreichendes anderes Einkommen aus Vermögen. Leistungen der SGB II setzen aber voraus, dass der Empfänger bereit ist, jede Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufzunehmen; zudem werden Leistungen der privaten BU-Versicherung als Einkommen angerechnet. Die Absicherung durch eine BE-Versicherung geht also ins Leere, wenn nicht ein Leistungsniveau vereinbart wird, dass über dem Niveau der Grundsicherung (mit/ohne Bedarfsgemeinschaft?) liegt, also idR weit über 800 bis 1000 Euro/Monat. Marktinsider kritisieren deshalb, dass die durchschnittlich abgeschlossenen privaten BU-Versicherungen weit darunter liegen.²³⁷ Wird dies Niveau aber abgesichert, verteuert das die Beiträge erheblich und verhindert noch mehr, dass sich Personen mit mittlerem oder niedrigem Einkommen versichern.

(3) Selbst, unabhängig vom Zusammenspiel mit der Absicherung durch die GRV, wird die private BU-Versicherung vielfältig kritisiert. Einmal gehen die Versicherungsunternehmen zunehmend dazu über, unter dem Gesichtspunkt der Äquivalenz von Beitrag und Risiko und mit dem Ziel, gute Risiken mit niedrigen Beiträgen anzuziehen, die Beiträge nach der Risikofähigkeit der ausgeübten Berufe zu staffeln.²³⁸ Damit werden die BU-Versicherungen für handwerkliche Berufe in der Regel sehr teuer, oft unerschwinglich. Es ist zudem für diesen Versicherungstypus zu vermuten, dass die Niedrigverdiener, und das sind meist auch Personen in manuellen Tätigkeiten, die die private Vorsorge am nötigsten hätten, sie – wie in der Riester- und Rürup-Altersvorsorge²³⁹ – trotz staatlicher Förderung am wenigsten betreiben werden.

(4) Und in der Befragung der EM-Rentner der GRV, die privat gegen EM/BU versichert waren, geben 15% an, ihre Privatversicherung hätte ihre Erwerbsminderung nicht anerkannt.²⁴⁰ Dies weist wohl auf sehr komplexe Bewilligungs- und Begutachtungsverfahren und/oder Versicherungsbedingungen hin.

4.2 Probleme und Forschungsfragen

Die Analyse der Ursachen des Absinkens des Niveaus der EM-Renten²⁴¹ und die Vorschläge zu seiner Anhebung²⁴² sind zahlreich; auch der Vorrang der Anhebung des Niveaus der EM-

237 Michael Franke, Schafft die BU sich ab? Produktentwicklungen steuern am Verbraucher vorbei (Hannover, 31. Januar 2013) unter: www.franke-bornberg.de/uploads/media/2013-01-31_fb_BU_status_quo_03.pdf S. 1; Merkblatt – Berufsunfähigkeitsversicherung des Bundes der Versicherten unter: <https://www.bunddersicherten.de/Berufsunfaehigkeit> (6.8.2014)

238 Michael Franke ebda.

239 Markus Promberger ua., Private Altersvorsorge fehlt, wo sie am nötigsten ist, IAB-Kurzbericht 15/2012 mwN.

240 Martin/Zollmann/Buschmann-Steinhage 2014 Fn. 51, S. 83 ff., Punkt 8.2.

241 Kalamkas/Kruse 2012 Fn. 65, S. 212 – 216; Peter Krause/Ulrike Ehrlich/Katja Möhring, Erwerbsminderungsrentner: Sinkende Leistungen und wachsende Einkommensunterschiede im Alter, DIW Wochenbericht Nr. 24.2013, S. 3 – 9.

242 Zuletzt umfassend Welti/Groskreutz Fn. 163, 2014, S. 74 – 80; Herbert Rische/Ralf Kreikebohm, Verbesserung der

Renten vor allen (sonstigen) Reformen der GRV lässt sich gut begründen.²⁴³ Es besteht insoweit auf der programmatischen Ebene kein Forschungsbedarf. Forschungsbedarf gibt es aber auf drei sehr unterschiedlichen Gebieten.

(1) Die beiden Elemente der Reform der EM-Rente 2014 wurden anscheinend im Bundestag beschlossen, ohne dass zB klar war, welche Gruppen bzw. „Modellrentner“ unter den Neuzugängen an EM-Rentnern davon profitieren werden. Auf dem Fachgespräch "Reform der Erwerbsminderungssicherung 2014: Problem gelöst oder zu kurz gesprungen?" der Hans-Böckler-Stiftung am 23. Juni 2014 in Berlin präsentierte der Vertreter der DRV, Dr. Reinhold Thiede, Berechnungen über die Auswirkungen der beiden Reformelemente auf die Höhe der EM-Rente bestimmter Gruppen von Neuzugängen.²⁴⁴ Diese Berechnungen waren den Vertretern aus dem Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung nicht bekannt.²⁴⁵ Auch die schriftlichen Stellungnahmen, die in der parlamentarischen Anhörung zu vorgelegt worden waren, gaben darüber keine Auskünfte.²⁴⁶ Dass im Gesetzgebungsverfahren nicht klar war, wie sich die einzelnen Reformelemente auf die Höhe der Rente welcher Personengruppen im Zeitverlauf auswirken werden, ist eine großes Manko des Verfahrens, wie allgemein der sozialpolitischen Diskussion. Einem Gesetzgeber, der der Stabilität des Beitragssatzes zur GRV höchste Priorität einräumt, muss ein Instrument an die Hand gegeben werden, welcher Aufwand welche Probleme der EM-Renten löst. Nur so lassen sich auch Alternativen bewerten.

Es ist deshalb dringend notwendig, für die Diskussion aller Reformvorschläge zur EM-Rente (wie zur GRV überhaupt) mehr Transparenz herzustellen, indem Berechnungsmodelle entwickelt und ihre laufende Aktualisierung gesichert werden. Für die bessere Einschätzung von Reformalternativen müssten „Modellrentner“ wohl vor allem nach den Kriterien Mann/Frau, Alter bei Eintritt des Rentenbezugs, Ost/West, durchschnittliche Entgeltpunkte, durchschnittliche Versicherungsjahre etc. entwickelt werden.

(2) Über den Markt privater Versicherungen gegen Berufsunfähigkeit und Erwerbsminderung und erst recht über ihre Alternativen, die private Funktionsinvaliditätsversicherung, Grundfähigkeitsversicherung und Dread-Disease-Versicherung²⁴⁷ gibt es kaum Analysen rechtlicher

Absicherung bei Invalidität und mehr Flexibilität beim Übergang in Rente, RVaktuell 2012, 12 ff; Herbert Rische, Die Absicherung der Erwerbsminderungsrisikos – Handlungsbedarf und Reformoptionen, RVaktuell 1/2010, 2 ff.; Gerhard Bäcker/Ernst Kistler/Heinz Stapf-Fine, Erwerbsminderungsrente -Reformnotwendigkeit und Reformoptionen, FES WiSo Diskurs Mai 2011, S. 27 ff. sowie Richard Hauser, Invalidität und Armut, DRV 1/2012, S. 17 ff. mit dem Vorschlag einer Mindestsicherung.

243 Bieback, Fn. 1.

244 Unter www.boeckler.de/pdf/v_2014_06_23_thiede.pdf (12.7.2014). Vgl. auch Martin Gasche/Klaus Härtl, Verminderung der (Alters-)Armut von Erwerbsminderungsrentnern durch Verlängerung der Zurechnungszeit und Günstigerprüfung?, DRV 4/2013, 245 – 271.

245 Vgl. Podiumsdiskussion nach dem Referat mit den Abgeordneten Birkwald (DIE LINKE), Kurth (Bündnis 90/Die Grünen), Rosemann (SPD) und Weiß (CDU/CSU) aus dem Ausschuss für Arbeit und Soziales unter: <http://rentenfernsehen.de/rentenpaket-bei-der-erwerbsminderungsrente-zu-kurz-gesprungen> (12.7.2014).

246 Ausschuss für Arbeit und Soziales 02. Mai 2014, Ausschussdrucksache 18(11)82.

247 Zu ihnen Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV), Die private Berufsunfähigkeitsversicherung, Juni 2014, S. 14 unter: <http://www.gdv.de/wp-content/uploads/2014/05/GDV-13-5008-BU.pdf> (10.8.2014).

sowie sozioökonomisch-empirischer Art. Das Gesetz zur Reform des Versicherungsvertragsrechts v. 23.11.2007 (BGBl I 2007, Nr. 59 v. 29.11.2007 S. 2631) hat erstmals die Berufsunfähigkeitsversicherung und ähnliche Versicherungen gesondert geregelt (§§ 172 – 177 VVG)²⁴⁸. Es sind erst wenige Aspekte dieser Regelung unter verbraucherpolitischen Aspekten kritisch analysiert worden.²⁴⁹ Und es fehlt ganz an einer genaueren Analyse und Evaluation, ob und wie die bisherigen Versicherungsvertragsmodelle sich hinreichend koordinieren lassen mit den Regelungen des SGB VI und einer Aufstockung der EM-Renten / zusätzlichen Risikoabsicherung. Einen Vorschlag, die Prämienaufschläge für Vorerkrankungen und bestimmte risikoreiche Berufsgruppen durch einen Kontrahierungszwang zu überwinden, gibt es.²⁵⁰ Er wäre zu erweitern und zu parallelisieren mit den Verbraucherschutzvorschriften für die Produkte der „Riester-„ und „Rürup-Rente“ sowie den Erfahrungen mit entsprechenden Regulierungen der privaten Pflegeversicherung. Dabei ist auch zu bedenken, welche Rückwirkungen eine Regulierung auf den Markt für solche Versicherungen haben dürfte (Erweiterung durch Standardisierung und Verstärkung des Wettbewerbs, Höhe der Prämien).

Genauso wenig existieren sozialpolitische, empirische Analysen über die Praxis, Marktstrukturen und Marktdefizite etc. der privaten BU- und EM-Rentenversicherung.

(3) Ebenso gibt es noch sehr wenige Überlegungen zur Ausdehnung der betrieblichen Altersvorsorge auf die Vorsorge gegen Berufsunfähigkeit und Erwerbsminderung.²⁵¹ Hier wären die bisherige Praxis in Deutschland sowie ausländische Modelle und Erfahrungen aufzuarbeiten und Vorschläge zu entwickeln.

5. Erwerbstätigkeit neben Rente

Wenn die Regelaltersgrenze immer mehr hinausgeschoben und der Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand immer differenzierter wird und immer stärker auch Flexibilität ermöglicht werden soll, dann ist es unvermeidlich und sogar wünschenswert, wenn Erwerbsarbeit und Bezug von Sozialleistungen zusammenfallen können.²⁵² Das Gleiche gilt, wenn man es konsequent auf die Reintegration von Erwerbsgeminderten in den Arbeitsmarkt abstellt. Es sollten also zahlreiche Anreize im System der Leistung der EM-Rente selbst geben, damit eine erwerbsgeminderte Person auch nach Eintritt des Risikos Erwerbsminderung und selbst neben dem Bezug einer EM-Rente noch arbeitet.

248 Vgl. BT-Drs. 16/3945, S. 54, 105 ff.

249 Monika Lier, Juristen mahnen BU-Versicherer an ihre Aufgaben, VW 2011, 536-537.

250 Wolfgang Römer, Rechtspolitische Optionen zur Schließung der BU-Lücken, VuR 2010, 366-370.

251 Frank-Henning Florian, Wie lässt sich das Invaliditätsrisiko in der zweiten Säule der Alterssicherung abdecken? DRV 2012, 31-35; Heribert Karch, Erwerbsminderung und Berufsunfähigkeit - Chancen und Grenzen für tarifliche Versorgungswerke, BetrAV 2011, 12-20

252 So ausdrücklich auch 5. Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, BT-Drs. 16/2190, S. 118.

5.1 Zulässigkeit von Erwerbstätigkeit neben Rente

5.1.1 Grundsätzliche Bedenken?

Versteht man die Sozialleistungen als Absicherung des Entgeltausfalls bei Eintritt eines Risikos, so würde die Verbindung von Erwerbsarbeit und Sozialleistung idR systemwidrig sein, da sie diesem Ziel widerspräche. Aber einmal stimmt dieser Ansatz schon für den Fall der Absicherung der teilweisen Erwerbsminderung nicht, da die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung davon ausgeht, dass das Resterwerbsvermögen im Arbeitsmarkt eingesetzt wird. Sodann sind diese Bedenken nur stichhaltig, wenn die Sozialleistungen bei Alter und (voller) Erwerbsminderung wirklich ausreichenden Entgeltersatz bieten. Das tun sie aber immer weniger wegen des abgesenkten Leistungsniveaus der GRV (oben 4.1.1).

Die „Lohnersatzfunktion“ ist nur abstraktes Leitbild vor allem der Berechnung der Renten, ansonsten hat sie in anderen Bereichen wenig Bedeutung. Ab Erreichen der Regelaltersgrenze kann neben der Altersrente unbeschränkt verdient werden. Dass dagegen bei den vorgezogenen Altersrenten trotz versicherungsmathematisch begründeter Abschläge²⁵³ traditionell²⁵⁴ eine rigide Grenze für den Nebenverdienst in Höhe der Verdienstgrenze für die geringfügige Beschäftigung besteht, ist deshalb nicht ganz systemgerecht.²⁵⁵ Gerechtfertigt wird eine Nebenverdienstgrenze vor allem als Mittel, um die Inanspruchnahme vorzeitiger Altersrenten zu begrenzen und die Fälle einer Optimierung des Übergangsprozesses von der Beschäftigung in die Rente zu Lasten der Rentenversicherung auszuschließen. Nun mag dieser Grund - trotz der abschreckenden Wirkung der Abschläge - noch bei den Altersrenten gerechtfertigt sein. Aber er spielte mit weniger Berechtigung auch bei der Neuordnung der Rente wegen voller Erwerbsminderung 1995 eine Rolle, als die Grenze für den (ungekürzten) Nebenverdienst auf maximal 400 Euro festgesetzt wurde. Der Gesetzgeber²⁵⁶ sah die Lohnersatzfunktion der EM-Rente gefährdet, da die Rechtsprechung des BSG²⁵⁷ neben einer Berufs- und einer Erwerbsunfähigkeitsrente unter bestimmten Umständen unbegrenzt Nebenverdienst zuließ. Diese Befürchtungen haben ihre Berechtigung verloren, nachdem der Zahlbetrag der EM-Renten in einem Maß zurückgegangen ist, an das 1995 noch nicht zu denken war.

Mit der „Lohnersatzfunktion“ der Sozialversicherungsleistungen wäre zudem immer vereinbar, Nebenerwerb zuzulassen, so lange eine erwerbsgeminderte Person mit Rente und Er-

253 Zur Plausibilität der Abschläge: Stefan Kühntopf/Thusnelda Tivig, Frühverrentungsabschläge und Lebensdauer nach Rentenbeginn, *Wirtschaftspolitische Blätter* 2007, 807 – 819; Klaus Salthammer, Berechnung von versicherungsmathematischen Abschlägen bei vorzeitigem Rentenbezug im Umlageverfahren, *DRV* 2003, 613 – 619; Sabine Ohsmann/Ulrich Stolz/Reinhold Thiede, Rentenabschläge bei vorgezogenem Rentenbeginn: Welche Abschlagssätze sind „richtig“?, *DAngVers* 4/2003, 1 - 9; Horst-Wolf Müller, Zur Verkürzung der Rentenlaufzeiten - Möglichkeiten und finanzielle Konsequenzen, *DRV* 1987, 30, 48

254 § 1248 Abs. 4 RVO idF ab 1.1.1973.

255 Herbert Rische/Ralf Kreikebohm, Verbesserung der Absicherung bei Invalidität und mehr Flexibilität beim Übergang in Rente, *RVaktuell* 2012, S. 8 ff.

256 BT-Drs. 13/2590 S. 19/20 und S. 23 zu Nr. 5 (§ 34).

257 BSG SozR 2200 § 1247 Nr. 12 und Nr. 31.

werbseinkommen nur – retrospektiv - ihr vorheriges oder – prospektiv - das einer Vollerwerbstätigkeit vergleichbare Gesamteinkommen (netto oder brutto) erreicht. Als Referenzmaßstab hierfür kann auch das Durchschnittseinkommen der vorherigen 5 Jahre gelten etc., um zu berücksichtigen, dass kurz vor Eintritt des Leistungsfalls meist schon durch die sich anbahnende/schon eingetretene Erwerbsminderung das Arbeitsentgelt abgesunken sein wird (oben 4.1.1).

5.1.2 Gegenwärtige Regelung von Nebenverdienst und EM-Rente

Von den EM-Rentnern des Zugangsjahres 2008 gaben bei einer Befragung 2011 6,6% an, Einkommen aus Lohn und Gehalt und 6,3% Einkünfte aus Nebentätigkeit und Selbständigkeit zu haben.²⁵⁸ Nähere Angaben zu den sozioökonomischen Merkmalen dieser Gruppe und ihrer Versicherungsbiografie gibt es nicht.

Das jetzige System der Regelung von Nebenverdienst neben einer EM-Rente ist (1) hochkomplex und (2) fördert es nicht die flexible Vereinbarkeit mit einer Erwerbstätigkeit.

(1) „Nebenverdienst“ wird in Stufen zugelassen, die sich nach einer Obergrenze richten, die über die persönlichen Entgeltpunkte der letzten drei Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung multipliziert mit 17 – 28% der monatlichen Bezugsgröße (= Durchschnittsverdienst aller rentenversicherungspflichtigen Personen des Vorjahrs) ergeben; wurde vorher nicht oder nur noch sehr gering verdient, wird mindestens der halbe Durchschnittsverdienst zu Grunde gelegt (0,5 Entgeltpunkte pro Jahr). Diese Regelung sollte zumindest auch berücksichtigen, dass „eine sich schrittweise verminderende Erwerbsfähigkeit schon vor dem Eintritt der Erwerbsminderung das Einkommen, zum Beispiel durch den Wegfall von Überstunden, den Wechsel in Teilzeit oder Phasen der Krankheit“ schmälert, was jetzt zu Recht in der Bewertung der Zurechnungszeit (§ 73 S. 1 SGB VI) berücksichtigt wurde (oben 4.1.1).²⁵⁹

Die Obergrenze ist den meisten Versicherten nicht bekannt, erst Recht nicht dem Arbeitgeber der Nebenbeschäftigung. Zudem entstehen Brüche und Unklarheiten durch die Stufen und die Art und Weise wie Sonder- und Zusatzzahlungen aus dem Nebenverdienst verteilt werden. Deshalb muss z. B. nach Ansicht der Rechtsprechung²⁶⁰ eine Versicherte eine wegen Nebenverdienstes überbezahlte EM-Rente nicht zurückzahlen, da ihr „angesichts der Kompliziertheit der Regelungen zum Hinzuverdienst bei EM-Renten“ keine grobe Fahrlässigkeit (§ 45 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 SGB X) vorgeworfen werden kann.

(2) Viebrok²⁶¹ hat die wichtigsten Probleme, in denen die Anrechnungsvorschriften kontra-

258 Martin/Zollmann/Buschmann-Steinhage 2012 Fn. 19, S. 34 – 38.

259 BT-Drs. 18/909 S. 14 und 21, dort auch Zitat.

260 SG Gießen v. 30.07.2014 - S 4 R 451/12, juris.

261 Vgl. die Berechnungen von Holger Viebrok, Absicherung bei Erwerbsminderung, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Einkommenssituation und Einkommensverwendung älterer Menschen. Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung. Band 3, 2006, S. 289 ff. = <http://www.pag-consulting.com/wp-pag/wp-content/uploads/2010/02/BU-GRAFIK-S-32-viebrok-absicherung-bei-erwerbsminderungproperty.pdf>, S. 47 ff.

produktiv sind für eine Aufnahme von Arbeit oder eine Ausweitung der Arbeit, im Einzelnen aufgeführt.

- Einmal führt ein leichtes Überschreiten der Stufen der Hinzuverdienstgrenze zu einem Einkommensverlust im Verhältnis zu einem Nebeneinkommen leicht unterhalb der Stufe.
- Je höher die EM-Rente ist, desto stärker ist die Rentenminderung.
- Entscheidend für eine Anreizwirkung sind die Nettoeinkommen, nicht die Bruttoeinkommen. Die Anrechnungsvorschriften berücksichtigen jetzt aber nur die Bruttoeinkommen.

Die möglichen Lösungen²⁶² entsprechen weitgehend denen, die bei den vorzeitigen Altersrenten diskutiert werden. Da jede vorzeitige Altersrente mit Abschlägen auch als Teilrente mit Erwerbstätigkeit verbunden werden kann, werden zur Zeit die unterschiedlichsten Anrechnungsmodelle für das Erwerbseinkommen diskutiert.²⁶³ Es scheint jenes Modell am überzeugendsten mit der Lohnersatzfunktion übereinzustimmen, wonach bis zur Höhe des Brutto-/Nettoerwerbseinkommens der vorherigen Jahre hinzuverdient werden kann. Eventuell sind Abschläge oder ein Sicherheitsabstand vorzusehen, um (a) einer anderen, niedrigeren Besteuerung der Kombination von Rente und Erwerbseinkommen Rechnung zu tragen und (b) das frühere Nettoeinkommen nicht zu überschreiten.

Die Grenze sollte am besten mit der Rentenbewilligung verbindlich festgestellt, evtl. mit den üblichen Steigerungsraten der Altersrenten oder gar der Entwicklung der Durchschnittsverdienste der versicherungspflichtig abhängig Beschäftigten angepasst und beim Überschreiten nur der überschießende Anteil der Rente gekürzt werden. Das schlug auch der Entwurf zur „Kombirente“ der Bundesregierung von 2012 vor.²⁶⁴ Die gleitende Anpassung der Bezugsgrößen bei Lohn- und Rentenerhöhungen ist sicher nicht einfach, kann aber in der Praxis dadurch überwunden werden, dass man einen „Sicherheitsabstand“ lässt. Eine flexible Kombirente scheint besser und handhabbarer zu sein als das jetzige Stufenmodell und gerechter als pauschalierte Hinzuverdienstgrenzen.

Hier kann auch auf das niederländische Modell²⁶⁵ zurückgegriffen werden, dass bei (Teil-) Erwerbsfähigen stark mit Anreizen zur Rückkehr in den Arbeitsmarkt arbeitet. Nach Ablauf der Lohnersatzleistung bei Krankheit erhalten Teilerwerbsfähige (Erwerbsminderung zwischen 35 und 70%), die wieder eine Beschäftigung aufnehmen, eine besondere Leistung zusätzlich zum Arbeitslohn, die maximal bis zur Höhe des früheren Verdienstes als Vollzeiterwerbstätiger geht.

262 Zu ihnen speziell für die EM-Renten Herbert Rische, Die Absicherung der Erwerbsminderungsrisikos – Handlungsbedarf und Reformoptionen, RVaktuell 1/2010 und Herbert Rische/Ralf Kreikebohm, Verbesserung der Absicherung bei Invalidität und mehr Flexibilität beim Übergang in Rente, RVaktuell 2012. Vgl. zu den zahlreichen positiven Anreizen in der Sozialpolitik der Niederlande Pennings 2011 Fn. 162, S. 82 – 90.

263 Herbert Rische/Ralf Kreikebohm, Verbesserung der Absicherung bei Invalidität und mehr Flexibilität beim Übergang in Rente, RVaktuell 2012, S. 6 ff. 7-10.

264 Referentenentwurf v. 22.3.2012 § 287b Abs. 3; Presseinformation v. 7.8.2012 „Das Rentenpaket“ S. 14 ff.

265 Zu ihm Pennings 2011 Fn. 162, S. 82 – 90.

5.1.3 Sicherung der Teilerwerbstätigkeit neben einer Leistung der GRV durch andere Leistungssysteme

Wie wenig flexibel und wie stark im engen Status des Leistungsbeziehers gedacht wird, macht die mangelnde Absicherung der Teilerwerbstätigkeit, die neben dem Bezug von Renten der GRV ausgeübt wird, gegen Arbeitslosigkeit und bei Krankheit deutlich.

(1) Erst mit dem Job-AQTIV-Gesetz vom 10.12.2001 (BGBl I, 3443) sind gem. § 26 Abs. 2 Nr. 3 SGB III auch Bezieher einer (befristeten) Rente ab 1.1.2003 wegen voller Erwerbsminderung in der Arbeitslosenversicherung pflichtversichert.²⁶⁶ Die Versicherung in der Arbeitslosenversicherung war überfällig, weil die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ab 1.1.2001 grundsätzlich nur noch befristet sein sollten (§ 102 Abs. 2 SGB VI), also regelmäßig eine Reintegration in den Arbeitsmarkt angestrebt wird. Die Rückkehr in den Arbeitsmarkt ist bei voll Erwerbsgeminderten allerdings sehr unsicher. Deshalb ist es sachgemäß, dass die GRV nicht für jeden einzelnen Rentenbezieher individuelle Beiträge, sondern nur eine Beitragspauschale an die BA zahlt (§§ 345 a Abs. 1 SGB III/224 a SGB VI). Da der Versicherung kein entsprechendes Bemessungsentgelt zugewiesen werden kann, bemisst sich das Arbeitslosengeld von früheren Beziehern einer EM-Rente nach dem fiktiven Bemessungsentgelt gem. § 152 SGB III;²⁶⁷ die Höhe wird eventuell um eine bestehende Leistungsminderung reduziert (§ 152 Abs. 5 S. 3 SGB III).

Bei Beziehern einer (immer befristeten) teilweisen EM-Rente ist die Aussicht auf Rückkehr in den Arbeitsmarkt sicherlich größer als bei Beziehern einer vollen EM-Rente. Dennoch sind sie nur über ihr realisiertes „Teilerwerbsvermögen“ in der Arbeitslosenversicherung abgesichert. Gegenüber der Situation bei der Rente wegen voller Erwerbsminderung muss dies zu einer völlig anderen Berechnung des Arbeitslosengeldes führen, wenn der/die EM-Rentenbezieher wieder voll erwerbsfähig wird, aber seinen Arbeitsplatz verliert.

(2) Müssen teilerwerbsfähige Personen, die eine volle EM-Rente der GRV als „Arbeitsmarkterente“ beziehen, ihre oft sehr niedrige Rente²⁶⁸ durch Sozialhilfe aufstocken, geschieht dies durch Leistungen des SGB II. Denn die Bestimmung der Erwerbsminderung in § 8 SGB II stellt es allein auf die abstrakte Leistungsfähigkeit von 3Std./Tag ab,²⁶⁹ die die „Arbeitsmarkterntner“ noch erfüllen. Für die Leistungen nach dem SGB II müssen die Rentner aber „verfügbar“ sein, was auch mit Sanktionen durchsetzbar ist. Bei den „richtigen“ Beziehern einer Rente wegen voller Erwerbsminderung stockt dagegen die Grundsicherung nach dem SGB XII die Rente auf, setzt keine Verfügbarkeit voraus und regelt die Anrechnung von Einkom-

266 Die Lücke im alten Recht war nach Ansicht des BSG verfassungsgemäß BSG v. 28.08.2007 - B 7/7a AL 50/06 R, SozR 4-4300 § 123 Nr 4 = BSGE 99, 42-47.

267 Dazu Valgolio in Hauck/Noftz SGB III, 2. Aufl. Stand V/2012 § 152 Rz. 30.

268 Dazu, dass sie meist wegen früherer prekärer Beschäftigungen meist eine geringere EM-Rente beziehen als der Durchschnitt vgl.

269 BSG ebda. und Hänlein in Gagel SGB II/III § 8 SGB II, Rn. 17; Knickrehm in: Eicher/Spellbrink, SGB II 2. Aufl 2008, § 5 Rn. 27, 29; Blüggel, in Eicher/Spellbrink, SGB II 2. Aufl 2008 § 8, Rn. 7.

men und Vermögen wie die Heranziehung Unterhaltsverpflichteter anders als im SGB II. Man kann diesen Unterschied damit rechtfertigen, dass in ersteren Fall ja tatsächlich eine Chance der Wiedereingliederung besteht. Ob dieser Unterschied ausreicht gerade diese Ungleichbehandlungen zu rechtfertigen kann bezweifelt werden.

(3) Beruht ein Anspruch auf Krankengeld auf einer Erwerbstätigkeit, die neben dem Bezug einer Rente wegen voller EM oder einer vollen Altersrente ausgeübt worden ist, bestimmt § 50 Abs. 1 SGB V, dass immer dann und solange die volle EM-Rente zu leisten ist, der Anspruch auf Krankengeld erlischt. Das Krankengeld kann also nicht seine Funktion erfüllen, vorheriges Erwerbseinkommen und hier speziell die zusätzlichen Anstrengungen des EM-Rentners abzusichern.²⁷⁰ Zu Recht hatte das BSG²⁷¹ zur früheren Fassung der Vorschrift entschieden, sie würde nicht ausschließen, dass bei weiterarbeitenden Rentnern Krankengeld zu gewähren sei, wenn bei ihnen das Krankengeld allein das neben der Rente erzielte Einkommen aus einer erlaubten Tätigkeit ersetze. Die Regelung des § 50 SGB V wurde daraufhin aber so geändert, dass der Anspruch auf Krankengeld auf jeden Fall entfällt, was das BSG dann akzeptierte.²⁷²

Ob eine solche Ausnahme wirklich vor dem Gebot der Gleichbehandlung (Art. 3 GG) mit den übrigen Fällen des Lohnersatzes durch Krankengeld Bestand hat, mag bezweifelt werden. Das BSG rechtfertigt sie unter Hinweis darauf, es gelte eine „Doppelversorgung mit Leistungen gleicher Zweckbestimmung“ zu verhindern.²⁷³ Das überzeugt nicht. Da der Status als Erwerbstätiger in diesen Fällen geteilt ist zwischen Sozialleistungsbezug und teilweiser Erwerbstätigkeit und dem das Sozialrecht ansonsten auch Rechnung trägt, geht es nicht um einen doppelten Bezug von Leistungen, sondern das Nebeneinander von Leistungen zur Absicherung unterschiedlicher Risiken. Die Argumentation des BSG ist noch ganz der Vorstellung verhaftet, dass eine Teilintegration in den Arbeitsmarkt außergewöhnlich und eine „Doppeltuordnung“ von Personen zu Sozialleistungen und Erwerbsarbeit nicht schützenswert ist. Allenfalls mag eine Befristung der Krankengeldleistung mit dem Argument gerechtfertigt sein, dass andauernde Krankheit neben dem Bezug einer vollen Erwerbsminderungs- oder einer Altersrente dafür spricht, dass nunmehr das Risiko „voll“ eingetreten ist.

5.2. Probleme und Forschungsfragen

(1) Einmal sollten anhand der Daten der GRV die Fälle näher analysiert und nach sozioökonomischen Faktoren (Alter, Geschlecht, vorheriges Einkommen, evtl. Qualifikation) systematisiert werden, in denen neben einer EM-Rente noch ein Nebenverdienst besteht. Die Projekt-

270 Vgl. dazu BeckOK/Tischler § 50 SGB V Rn. 3 und 4.

271 BSG v. 15.12.1993 - 1 RK 25/93, SGb 1994, 523-524 mit krit. Anmerkung von Klose ebda. S. 524 – 527.

272 Änderung der Überschrift („Ausschluss“ statt „Wegfall“) und Einfügung des § 50 Abs. 1 S. 1 letzter Halbsatz. Vgl. BSG 30.05.2006 - B 1 KR 14/05 R, USK 2006-11 und juris.

273 Ebda. Rz. 13.

bericht I von Märtin/Zollmann/Buschmann-Steinhage²⁷⁴ gibt nur einen ersten Überblick über die Nebenverdienste und ihre Auswirkung auf das Gesamteinkommen der Rentner. Sicherlich wäre es für eine vertiefte Analyse des Reintegrationsprozesses gut, wenn diese Daten bezogen werden könnten auf den Vorlauf der Betroffenen im Sozialleistungssystem: Zeiten der Krankheit und Arbeitslosigkeit und Leistungen der Rehabilitation. Zu vermuten ist, dass die EM-Rentner mit Nebenverdienst vor allem solche sind, die aus einem Beschäftigungsverhältnis heraus in die EM-Rente gehen. Aber es können sich auch gelungene Reha-Fälle dahinter verbergen (zum Ganzen oben 2.2.5).

(2) Die in Abschnitt 5.1.3 kurz dargestellten Regelungen der mangelnden sozialen Sicherung einer Beschäftigung, die Personen neben dem Bezug einer EM-Rente ausüben, sollten in einer umfassenderen sozialrechtlichen Analyse, die auch die Probleme der Entwicklung darstellt, intensiver kritisch erörtert werden. Sie wäre nach den beiden Arten der Rente wegen voller und teilweiser EM-Rente zu differenzieren und hätte auch die Unterschiede in der Absicherung zwischen beiden Formen auf ihre Stimmigkeit untereinander wie im Verhältnis zu anderen Sozialleistungen und dem Ziel der Reintegration/Arbeitsaufnahme, die hier in manchen Punkten bezweifelt wurde, zu analysieren. Viele Prämissen der z. T. recht alten Regelungen passen nicht mehr, weil – wie gezeigt – (1) die EM-Rente nur noch auf einem sehr niedrigen Niveau Erwerbseinkommen ersetzt, (2) die EM-Renten als zeitlich befristete Renten verstärkt auf eine Integration in den Arbeitsmarkt abstellen und (3) die Zeit nach Rentenbezug abgesichert werden muss und (4) die Vorstellung, dass die von der GRV abgesicherten „Hauptrisiken“ Alter und volle Erwerbsminderung heute weder tatsächlich noch normativ als ein Status angesehen werden können, neben dem Erwerbsarbeit undenkbar und nicht schützenswert ist. Eine solche Untersuchung wäre auch eine Vorarbeit zu einem Gesetzesvorhaben über die bessere Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit neben und nach dem Bezug einer EM-Rente.

(3) Schließlich wäre eine sozialpolitische Untersuchung aller bestehenden Vorschläge zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit neben dem Bezug einer EM-Rente notwendig, die diese Vorschläge sammelt, systematisiert und auf ihre Auswirkungen auf das Gesamteinkommen eines EM-Rentners hin „durchrechnet“, eventuell gar die Verteilungswirkung bewertet. Es wären auch die oben erwähnten (und evtl. zu erweiternden) unterschiedlichen Instrumente zu würdigen, die das Verhältnis zum vorherigen Entgelt gestalten. Dabei könnten einige erst in jüngster Zeit reformierte ausländische Systeme herangezogen werden – auch hier wieder besonders interessant das niederländische System.

274 Märtin/Zollmann/Buschmann-Steinhage 2012 Fn. 19, S. 34 – 38.

6. Beteiligung der Arbeitgeber an Vorbeugung und Absicherung von Erwerbsminderung

6.1 Stand der Diskussion und Beispiele

6.1.1 Diskussion in Deutschland

Es gibt in Deutschland so gut wie keine Diskussion darüber, die Verantwortung der Arbeitgeber für die Vorbeugung von Erwerbsminderung zu stärken. Nur in der Unfallversicherung ist die Verantwortung der Arbeitgeber stark ausgeprägt. Denn sie tragen allein die Finanzierung dieser Sozialversicherung über Beiträge, die risikoadäquat sind und sich noch zusätzlich bei Eintritt/Vermeidung von Unfällen über ein System von Zuschläge und Nachlässe erhöhen/verringern lassen (§ 162 SGB VI).

Im Bereich des Risikos der Erwerbsminderung außerhalb der Unfallversicherung beschränken sich die wesentlichen Ansätze, die Verantwortung der Arbeitgeber zu stärken, auf den Arbeitsschutz, die menschengerechte Gestaltung der Arbeit und das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM, § 84 Abs. 2 S. 1 SGB IX). Arbeitsschutz und menschengerechte Gestaltung der Arbeit sind eng mit der Unfallversicherung und der staatlichen Gewerbeaufsicht verbunden und sind zudem über arbeitsrechtliche Mechanismen abgesichert. Aber schon das Ziel einer menschengerechten Gestaltung der Arbeit wird kaum realisiert, da es im Arbeitsrecht nur mit „weichen“ Instrumenten durchgesetzt werden kann (§§ 2 – 5 ArbSchG; §§ 87 Abs. 1 Nr. 7, 89, 90 BetrVG).

Das BEM ist die einzige Maßnahme, bei der auch die Sozialversicherungsträger über die Servicestellen hinzugezogen werden, wenn Rehabilitationsleistungen in Frage kommen (§ 84 Abs. 2 S. 4 und 5 SGB IX). Das Gesetz statuiert eine Pflicht des Arbeitgebers, bei mehr als 6 Wochen Arbeitsunfähigkeit das BEM durchzuführen („klärt der Arbeitgeber...die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann <betriebliches Eingliederungsmanagement>“). Aber die Verletzung der Pflicht bleibt ohne Sanktion, außer einer sehr indirekten im Kündigungsschutzverfahren.²⁷⁵ Zwar ist nach Ansicht des BAG die Durchführung eines BEM keine Wirksamkeitsvoraussetzung für den Ausspruch einer krankheitsbedingten Kündigung. Aber bei der Prüfung der sozialen Angemessenheit und der Verhältnismäßigkeit der Kündigung wird berücksichtigt, ob der Arbeitgeber ein BEM (als milderes Mittel gegenüber einer Kündigung) durchgeführt hat. Hat er darauf verzichtet, so trägt er die Beweislast, dass selbst bei Durchführung eines BEM das Arbeits-

275 Vgl. BAG, 12.07.2007 - 2 AZR 716/06, BB 2008, 277 = DB 2008, 189, über BAG 10.12.2009 - 2 AZR 400/08, DB 2010, 621-623 = NZA 2010, 398-400 = AP Nr 48 zu § 1 KSchG 1969 Krankheit, bis hin zu BAG, 24.03.2011 - 2 AZR 170/10, DB 2011, 1343 = BB 2011, 14.

verhältnis keinen Bestand gehabt hätte. Das ist letztlich ein sehr geringes Risiko, denn der Arbeitgeber ist Herr über die Informationen und ihre Gestaltungsmöglichkeiten.

Die Umsetzung des BEM in den Betrieben zeigt noch erhebliche Lücken auf. Immerhin sprechen $\frac{3}{4}$ aller Betriebe ihre erkrankten Arbeitnehmer nach Ablauf der 6 Wochenfrist des § 84 Abs. 2 SGB IX an, allerdings sehr viel seltener i. S. eines systematisierten Verfahrens, wie es das BEM darstellt.²⁷⁶ Sieben Jahre nach Einführung des BEM im neuen SGB IX stellt ein Forschungsbericht zur Praxis des BEM 2008 zusammenfassend fest: „Wir stehen mit dem BEM noch am Anfang“.²⁷⁷

§ 84 Abs. 3 SGB IX sieht sogar vor: „Die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter können Arbeitgeber, die ein betriebliches Eingliederungsmanagement einführen, durch Prämien oder einen Bonus fördern.“ Soweit ersichtlich wird von dieser Ermächtigungsgrundlage kein Gebrauch gemacht.²⁷⁸ Das verwundert auch nicht, denn wenn Alle (Rehabilitationsträger) angesprochen sind, fühlt sich niemand verantwortlich. Untersuchungen zum BEM²⁷⁹ lehnen dies Instrument sogar ab, da es nur Mitnahmeeffekte haben würde und die Mittel besser direkt zur Förderung des BEM (Beratung, Übernahme des Gesundheitsmanagement oder seiner Kosten) eingesetzt würden. In ähnlicher Weise gibt es in der gesetzlichen Krankenversicherung kein Bonussystem für Arbeitgeber (§ 63a SGB V), die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen, wohl aber welche für Arbeitnehmer.²⁸⁰ Selbst in der Unfallversicherung spielt das Prämiensystem, das besondere, zusätzliche risikovermeidende Maßnahmen der Unternehmen honorieren soll, eher eine Nebenrolle neben der strikt risikobezogenen Beitragsbemessung.²⁸¹

6.1.2 Modell Niederlande

Das umfassendste, in Europa einmalige System einer Verantwortung der Arbeitgeber für die Absicherung des Risikos der langdauernden Arbeitsunfähigkeit/der Erwerbsminderung haben die Niederlande über mehrere Jahrzehnte hinweg etabliert.²⁸² Es besteht aus mehreren Elementen, die direkt die Verantwortung der Unternehmen für die Vermeidung längerdauernder Arbeitsunfähigkeit ihrer Arbeitnehmer stärken:

276 Niehaus, Mathilde/Marfels, Britta/Vater, Gudrun/Magin, Johannes/Werkstetter, Eveline, Betriebliches Eingliederungsmanagement, Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX, 2008, S. 113.

277 Niehaus u.a. ebda., S. 112. Ähnliche Ergebnisse z. B. Felix Welti, Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) in Klein- und Mittelbetrieben, insbesondere des Handwerks, 2010, S. 131 ff.

278 Vgl. die Befunde bei Welti ebda., S. 171 - 176.

279 Welti ebda., S. 113 ff.

280 Gabriele Claßen/Sandra Winter/Elena Austermann/Katja Klepp/Willi Neumann, Wie effektiv sind Bonusprogramme der Krankenkassen?, 2012.

281 Karl-Jürgen Bieback, Prämien in der Gesetzlichen Unfallversicherung, Vierteljahresschrift für Sozialrecht 2006, 215-245.

282 Rik van Berkel ebda. Fn. 288; Jan-Maarten van Sonsbeek/Raymond Gradus, Estimating the Effects of Recent Disability Reforms in The Netherlands, Oxford Economic Papers, Oxford University Press, vol. 65(4) (2013), 832-855; OECD (Hrsg.), Ageing and Employment Policies: Netherlands 2014; Pennings 2011 Fn. 162, S. 77 ff.

1. Die Arbeitgeber müssen bei einer Krankheit den Lohn bis zu 104 (früher 52) Wochen fortzahlen.
2. Die Erwerbsunfähigkeitsversicherung (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, WIA) deckt die Risiken der klassischen Unfallversicherung und die einer Krankengeld- und Invaliditätsversicherung ab; sie leistet erst nach Auslaufen der zweijährigen Lohnfortzahlung der Arbeitgeber. Sie wird allein von den Arbeitgebern finanziert und ist gespalten in ein Leistungssystem für dauerhaft Invalide (Regeling inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten, IVA) und ein System der teilweisen Erwerbsgeminderten, die zwischen 35 und 75% Leistungsfähigkeit haben (Regeling werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten, WGA). Für das letztere Risiko können die Arbeitgeber auch aus dem gesetzlichen System optieren und das Risiko selbst oder über eine private Versicherung tragen. Der Beitrag zum WIA System wird berechnet nach den Kosten die die aus den Betrieben des Arbeitgebers stammenden Erwerbsunfähigkeitsfälle in den 10 (früher 5) Jahren, die dem Eintritt des Risikos folgen, machen werden. Dieses System der Beiträge auf der Basis eines „experience rating“ ist mehrfach angepasst worden und nimmt z. T. Kleinbetriebe und das Risiko der dauerhaften Erwerbsunfähigkeit aus.
3. Nach einer Dauer der Erkrankung von mehr als sechs (früher acht) Wochen sind die Arbeitgeber zu strukturierten Reintegrationsmaßnahmen verpflichtet. Dies müssen sie dokumentieren („gatekeeper protocol“). Reichen der Plan und die erfolgten Maßnahmen nicht aus, kann die Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers noch um weitere 52 Wochen verlängert werden, während dem Arbeitnehmer die nachfolgenden Sozialleistungen gekürzt werden können.

Zusammen mit den ebenfalls neuen Maßnahmen (4) intensive Überprüfung des Zugangs zu Sozialleistungen bei Erwerbsminderung und wiederholten Kontrollprüfungen sowie (5) Anreizen, die Arbeit wieder aufzunehmen, und (6) Reduzierung der Sozialleistung für längerfristig Arbeitsunfähige (im IVA-System), führten alle Elemente dazu, die Anzahl der neuen Beziehenden von Sozialleistungen bei Erwerbsminderung drastisch zu reduzieren.²⁸³

Der Erfolg basiert nicht nur auf der Senkung der Leistungen und Verengung der Zugangskriterien. Denn die Neuerungen sind seit 1993 nacheinander mit relativ großen Zeitabständen eingeführt worden, und zwar zuerst die Elemente 1 – 3, so dass sie separat auf ihre Wirksamkeit hin geprüft werden konnten;²⁸⁴ die Absenkung des Leistungsniveaus und die Verengung der Zugangsvoraussetzungen der Sozialleistungen bei Erwerbsminderung sind erst die letzten Maßnahme (Einführung von IVA und WGA 2006).

283 Rik van Berkel 2013 Fn. 282; Jan-Maarten van Sonsbeek/Raymond Gradus 2013 Fn. 282; Cathelijne van der Burg/Rienk Prins Fn. 144.

284 Jan-Maarten van Sonsbeek/Raymond Gradus 2013 Fn. 282, S. 13 ff.; Pierre Koning, Estimating the impact of experience rating on the inflow into disability insurance in the Netherlands, CPB Discussion Paper No 37, August 2004 unter: <http://www.cpb.nl/en/cpb-publication-calendar>.

So stellten Evaluationen der ersten Reformen fest, dass die Erhebung des Versicherungsbeitrags nach den Kosten der andauernden Arbeitsunfähigkeit/Erwerbsminderung wie auch die Einführung der Pflicht, nach 8/6 Wochen Arbeitsunfähigkeit einen Integrationsplan aufzustellen und Maßnahmen zu ergreifen („gatekeeper protocol“), die Zugangsraten zum Leistungssystem senkten, und das heißt auch die Inzidenz des Risikoeintritts selbst verringerten. Dabei erwies sich das „gatekeeper protocol“ überhaupt am effektivsten, besonders stark in Großbetrieben und im öffentlichen Dienst.²⁸⁵ Während alle Instrumente den Zugang zum Leistungssystem stark beeinflussten, waren die Auswirkungen auf den Abgang aus dem System gering.²⁸⁶ Dies mag daran liegen, dass die Sozialleistungen erst nach den 2 Jahren der Lohnfortzahlung greifen, also meist an recht „schwere“ Fälle gehen. Auch die signifikante Erhöhung der Beschäftigungsquoten der 55-64 Jährigen um 17 Prozentpunkte auf 58.6% wird u.a. auf die Neuerungen zurückgeführt.²⁸⁷

6.1.3 Grenzen der Arbeitgeberverantwortung

Ein System wie das der Niederlande kann nur im Rahmen dauerhafter Beschäftigungsbeziehungen funktionieren. In den Niederlanden existiert aber auch – wie in Deutschland - ein großer und wachsender Beschäftigungssektor instabiler, flexibler meist befristeter Arbeitsverhältnisse und Zeitarbeit. Hier lässt sich eine Verantwortung des Arbeitgebers nur schwer realisieren, da das Arbeitsverhältnis endet/beendet werden kann, bevor überhaupt die Pflicht zur Prävention greift. So können wesentliche Elemente nicht realisiert werden, wie etwa die Pflicht zur Lohnfortzahlung bei Krankheit von 2 Jahren und mehr. Deshalb übernimmt das staatliche Leistungssystem (WIA) bei den Beschäftigten ohne dauerhaftes Arbeitsverhältnis die soziale Absicherung sofort und nicht wie bei den anderen Beschäftigten erst nach 2 Jahren Lohnfortzahlung. Obwohl die Gruppe der flexibel Beschäftigten 2010 nur 15% aller abhängig Beschäftigten ausmachte, stellte sie mehr als 46% aller Zugänge zum staatlichen System; von den teilweise Erwerbsgeminderten waren jene, die aus einem Normalarbeitsverhältnis in die WGA kamen, zu 63% (weiter) in Arbeit, von den flexibel Beschäftigten nur 27%.²⁸⁸

Das niederländische System ist sehr effektiv darin, die langfristige Arbeitsunfähigkeit/Erwerbsminderung zu verhindern, weil und solange Prävention und Reintegration im laufenden Beschäftigungsverhältnis stattfinden. Bei den flexibel Beschäftigten und den Arbeitslosen gibt es diese Möglichkeiten nicht. Es ist sehr viel schwieriger, flexibel und selbständig Beschäftigte, die langfristig erkrankt sind, in ein neues (und zu förderndes) Arbeits-

285 Jan-Maarten van Sonsbeek/Raymond Gradus 2013 Fn. 282, S. 14 – 17.

286 Jan-Maarten van Sonsbeek/Raymond Gradus 2013 Fn. 282 und OECD Fn. 282, S. 13/14.

287 OECD Fn. 282, S. 13/14.

288 B. Cuelenaere/T.J. Veerman, Onderzoek evaluatie WIA, AStri 2011 unter <http://www.astri.nl/publicaties/ziekteverzuim-en-arbeidsongeschiktheid1/>; Rik van Berkel, From Dutch Disease to Dutch Fitness? Two Decades of Disability Crisis in the Netherlands, in: Colin Lindsay/Donald Houston, Disability Benefits, Welfare Reform and Employment Policy, 2013, S. 199, 205, 208 und 211; OECD, SICKNESS, DISABILITY AND WORK: BREAKING THE BARRIERS, Netherlands, 2010 unter www.oecd.org/els/disability.

verhältnis zu integrieren.²⁸⁹ So wird der neuerliche Anstieg der Zugänge an Erwerbsminderungsrentnern auch auf den Anstieg der flexibel Beschäftigten an allen Beschäftigten der Niederlande zurückgeführt.²⁹⁰

Jede Politik, die die Verantwortung der Arbeitgeber stärkt, findet also ihre Grenze in der schwer regulierbaren Freiheit der Arbeitgeber, über die Ausgestaltung der Arbeitsverhältnisse (Befristung) und den Einsatz selbständiger Werkvertragsbeschäftigter langfristige Arbeitsbeziehungen und Verantwortlichkeiten als Arbeitgeber zu vermeiden. Dies ist auch die „offene Flanke“ eines jeden Systems, das es auf eine Reintegration der Erwerbsgeminderten in den Arbeitsmarkt abstellt, zumal die Arbeitgeberentscheidungen zu einer stärker integrativen Personalpolitik und gar der Einstellung erwerbsgeminderter Arbeitnehmer - wie jede Personalentscheidung - auch von der Arbeitsmarktsituation abhängt.²⁹¹

6.2 Probleme und Forschungsfragen

Bei allen Untersuchungen und Vorschlägen sind also diese Ausweichmöglichkeiten in die flexible, selbständige Beschäftigung zu berücksichtigen. Allerdings finden auch diese Strategien ihre Grenzen in dem Interesse der Arbeitgeber, angesichts des (Fach-) Kräftemangels Arbeitskräfte zu halten und die Vorteile langfristiger Beschäftigungsverhältnisse und eingearbeiteter Arbeitnehmer zu nutzen.

6.2.1 Erweiterung der Verantwortung der Arbeitgeber

Ohne die bisherigen Zuständigkeiten zu verändern, wäre einfachster Ansatzpunkt, wie in den Niederlanden die Lohnfortzahlungspflicht der Arbeitgeber auszudehnen und eine versicherungsmäßige Absicherung dieses Risikos nach dem „experience-rating“ zu gestalten, u. U. gar eine staatliche Versicherung anzubieten. Die Beiträge nach dem Grad der Schadensverursachung zu bemessen ist auch in der Sozialversicherung nicht unüblich. Die Finanzierung der Unfallversicherung beruht - wie in fast allen anderen Ländern auch - darauf (oben 6.1.1). Darüber hinaus gibt es sie in anderen Ländern z. B. auch in der Arbeitslosenversicherung, dort mit ähnlicher Wirkung, nämlich die Inzidenz des Risikoeintritts zu verringern.²⁹² Sozialpolitisch-empirisch ist die Ausgestaltung vor allem durch die Erfahrungen des niederländischen Systems aber auch durch einige Analysen in Deutschland hinreichend geklärt.²⁹³

Darüber hinaus würde es gehen, die Arbeitgeber auch entsprechend der Höhe der Erwerbsun-

289 Rik van Berkel 2013 Fn. 288, S. 211, 213/4.

290 Cathelijne van der Burg/R. Frierson, Weg naar de WIA, Langdurig zieken 2012, Tussenrapport 1e meting, 2013.

291 Vgl. die Diskussion bei Cathelijne van der Burg/R. Frierson ebda.

292 David D. Ratner, Unemployment Insurance Experience Rating and Labor Market Dynamics, Finance and Economics Discussion Series Nr. 2013-86, Federal Reserve Board, Washington, D.C., 2013.

293 Dazu Ausführlich: OECD, *Sickness, Disability and Work* Vol. 3, Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands, 2008; Bäcker Fn. 187, S. 27/8; Tim Köhler-Rama, *Invalideitätssicherung in der gesetzlichen Sozialversicherung in Deutschland: Strukturprinzipien, Defizite und Reformansätze aus sozialrechtlicher und versicherungsökonomischer Sicht*, Dissertation, TU Darmstadt, 2003. S. 169 ff.

fähigkeitsfälle ihrer Arbeitnehmer an den Kosten der Invaliditätsversicherung ganz oder teilweise zu beteiligen. Für Deutschland setzt das voraus, dass dieses Risiko zumindest separat versichert werden würde, auch wenn es ansonsten bei der GRV bliebe. Auch der Vorschlag, das Risiko der Erwerbsminderung ganz an die UV zu verweisen und ihre Instrumente der Prävention und Risikoprämienkalkulation anzuwenden, erscheint deshalb bedenkenswert.²⁹⁴

Dabei sei an die schwer einzudämmenden Spielräume der Arbeitgeber erinnert (oben 6.1.3), den Belastungen durch eine andere Organisation der Arbeitsverhältnisse und der Arbeitsorganisation aus dem Wege zu gehen (Werkverträge; befristete Arbeitsverhältnisse). Zudem löst die Verlängerung der Lohnfortzahlung nur das Problem der Absicherung des Risikos abhängig Beschäftigter. Für die anderen, Selbständige wie Nichterwerbstätige, muss immer noch das traditionelle System der GKV und GRV vorgehalten werden.

Die Diskussion solcher Modelle ist in Deutschland völlig unterentwickelt. Um die Diskussion anzustoßen, wären die unterschiedlichen Modelle – unter Rückgriff auf die Erfahrungen in den Niederlanden - zu entwickeln und ihre sozialpolitischen Auswirkungen zu diskutieren.

6.2.2 Stärkung der Vorsorgepflicht der Arbeitgeber (BEM)

Eher entspricht es der deutschen Tradition und hat sich in den Niederlanden als besonders effektiv erwiesen, den Arbeitgebern die Pflicht aufzuerlegen, für Arbeitnehmer, die 6 Wochen krank waren und weiterhin krank sind, einen Reintegrationsplan aufzustellen. Letztlich ist es das, was auch das BEM anstrebt. Nur müsste die Art und Weise, wie die Pflicht erfüllt wird, noch näher geregelt und – wie oben schon erörtert (6.1.1) – mit der Einschaltung der Sozialversicherungsträger verbunden werden.

Wie weit hier der Grad der „Verrechtlichung“ gehen kann und gehen sollte, wird immer streitig sein und lässt sich kaum empirisch fundiert erörtern. Doch machen die bisherigen Erfahrung mit dem BEM wie auch ausländische Beispiele deutlich, dass es klare Zeitpunkte für die Intervention (dazu auch oben 2.2.7.1) und klare Mindestanforderungen an Verfahren und Inhalte des BEM geben muss. Insoweit sind die Erfahrungen mit dem BEM und der Prozess seiner Standardisierung schon hinreichend fortgeschritten,²⁹⁵ so unübersichtlich dieser Prozess ansonsten auch ist. Die trotz jeder gesetzlichen Regulierung weiter vorhandenen Spielräume könnten die Tarifvertragsparteien ausfüllen oder kann man auch der betrieblichen Mitbestimmung²⁹⁶ überlassen, was aber jeweils nur einen begrenzten Kreis von Betrieben und Arbeitnehmer erreichen wird.

294 Dazu ausführlich Köhler-Rama 2003 Fn. 293, S. 169 - 189.

295 Vgl. nur Marianne Giesert/Adelheid Weßling, Betriebliches Eingliederungsmanagement in Großbetrieben 2012; Reiner Eggerer/Harald Kaiser, Entwicklung und Integration eines betrieblichen Eingliederungsmanagements (EIBE), BMAS (Hrsg.) 2007.

296 Zur bisher sehr begrenzten betrieblichen Mitbestimmung beim BEM BAG 07.02.2012 - 1 ABR 46/10, BAGE 140, 350-361 = AP Nr 4 zu § 84 SGB IX = DB 2012, 1517-1520 = NZA 2012, 744-748; Eva Kocher u.a. Das Recht auf eine selbstbestimmte Erwerbsbiographie, 2013, S. 136 – 142; Martin Wenning-Morgenthaler, Die Mitbestimmung des Betriebsrats beim betrieblichen Eingliederungsmanagement, Forum B, Beitrag B19-2011.

Zudem wäre zu überlegen, ob wie bisher als einziges Auslösekriterium des BEM die häufige/andauernde Arbeitsunfähigkeit ausreicht und nicht weitere Kriterien einbezogen werden. Neben personenbezogenen Kriterien (Schwerbehinderung)²⁹⁷ könnten dies auch solche des Arbeitsprozesses und der Arbeitsorganisation sein (Schichtarbeit, bes. Schadstoffexpositionen, etc).

Hier besteht Forschungsbedarf. Die empirische wie präskriptive Literatur zum BEM ist sehr unübersichtlich und sehr zahlreich.²⁹⁸ Um das Projekt „BEM“ und seine Integration in eine präventive Strategie gegen Erwerbsminderung voranzubringen, wäre es notwendig, diese Literatur unter spezifischen Fragestellungen auszuwerten:

1. Was sind empirisch hinreichend valide Ergebnisse zur Wirksamkeit von BEM und zu den Voraussetzungen eines wirksamen BEM?
2. Welche Standardisierungen und Mindestanforderungen an ein BEM gibt es?
3. Welche Einstellungen haben Arbeitgeber gegenüber dem BEM und welche Hindernisse und Widerstände, es anzuwenden, gibt es?
4. Welche Beratungsangebote der Krankenkassen und der Rentenversicherung für Arbeitgeber zur Integration kranker und/oder alter Arbeitnehmer gibt es und was sind die Ergebnisse von Studien zu ihrer Wirksamkeit?

Auch in die Untersuchungen zum Weg in die EM-Rente (oben 2.2.4) wäre zu untersuchen, ob bei den vorher langfristig Erkrankten ein BEM stattgefunden hat.

6.2.3 Sanktionen und Anreize

Schließlich ist wichtig, stärker das Interesse der Arbeitgeber zu wecken, das BEM auch durchzuführen. Ein Mittel sind zusätzlich zu den Auswirkungen im Kündigungsschutz wirksamere Sanktionen. Bei Verletzung der Pflicht, ein Eingliederungsmanagement zu initiieren, könnte sich die Dauer der gesetzlichen Lohnfortzahlung verlängern. Das zieht allerdings in jenen Branchen nicht, die schon durch Tarifvertrag je nach Dauer der Beschäftigung die Lohnfortzahlung weit über die gesetzlichen 6 Wochen ausgedehnt haben; hier müsste sich an die tarifliche Lohnfortzahlung also noch einmal eine gesetzliche anschließen, was arbeitsrechtlich nicht einfach zu regulieren ist. Bei Kleinbetrieben unter 30 Beschäftigten könnte die Umlage für das Krankengeld nach § 3 Aufwendungsausgleichgesetz v. 22.12.2005 (BGBl. I S. 3686) nach der Häufigkeit der Aufwendungen und nicht wie jetzt nur nach der Anzahl der Beschäftigten festgesetzt werden. Ebenso kann sie danach festgesetzt werden, ob ein BEM durchgeführt wird oder nicht.²⁹⁹ Eventuell wäre die Umlage auch noch auszudehnen.

²⁹⁷ Dazu Reiner Eggerer/Harald Kaiser, Entwicklung und Integration eines betrieblichen Eingliederungsmanagements (EIBE), BMAS (Hrsg.) 2007, S. 71.

²⁹⁸ Vgl. die Angaben bei: <http://www.neue-wege-im-bem.de/literatur-downloads> (30.6.2014).

²⁹⁹ Vgl. Welti/Groskreutz Fn. 163, S. 83.

Weiterhin käme die Sanktion in Frage, dass die Krankenkasse für eine bestimmte Zeit das geleistete Krankengeld zurückverlangen kann oder der Arbeitgeber einen Teil des Arbeitnehmerbeitrags zur Krankenversicherung tragen muss. Oder es wird dann, wenn es zum Übergang in die Sozialleistung EM-Rente kommt, geprüft, ob das BEM durchgeführt, d. h. ein Plan aufgestellt und Maßnahmen umgesetzt wurden; ist das nicht der Fall, können den Arbeitgeber Erstattungspflichten treffen, ähnlich jenen, wie sie früher der sehr umstrittene § 147a SGB III³⁰⁰ (Erstattungspflicht des Arbeitslosengeldes durch den Arbeitgebers bei Entlassung älterer Arbeitnehmer) vorsah.

Aber Sanktionen stoßen – wie gezeigt (oben 6.1.3) – schnell an Grenzen und haben zudem in Deutschland eine wechselvolle Geschichte, wie die Praxis des § 147a SGB III zeigt.³⁰¹ Ein anderes Mittel sind Anreize. Sie wären auszubauen, indem die Arbeitgeber zB einen Anspruch darauf erhalten, dass die Krankenkasse oder der Rentenversicherungsträger das Eingliederungsmanagement übernehmen. Erst wenn der Arbeitgeber das nicht tut, könnte überlegt werden, Sanktionen folgen zu lassen. Hier erhalten die vielen besonderen Beratungsangebote der Krankenkassen und der Rentenversicherung³⁰² zum Eingliederungsmanagement und zum altersgerechten Betrieb ihre Relevanz. In vielen Untersuchungen werden sie besonders hervorgehoben³⁰³ und ihre Wirksamkeit betont, allerdings ohne statistische Belege.

Auch hier ginge es darum, in einer ersten Bestandaufnahme die auch in unserem System der Sozialversicherung vorhandenen zahlreichen Anreizsysteme auf ihre Übertragbarkeit in den Bereich der betrieblichen Aktivitäten zur Verhinderung von Erwerbsminderungen zu analysieren. Speziell ist dann der Bereich der Beratungsangebote zu untersuchen.

7. Immanente Alternativen in der GRV?

7.1 Verbesserung/Erweiterung der vorzeitigen Altersrenten

Die Verbesserung und Erweiterung der vorzeitigen Altersrenten der GRV wird einem Teil der Erwerbsgeminderten eventuell eine Alternative über die vorzeitige Altersrente für Behinderte (§ 37 SGB VI) hinaus bieten. Untersuchungen zeigen, dass vorzeitige Altersrenten ein wichti-

300 Eingefügt als § 128 AFG durch G v. 22.12.1981 (BGBl I, 1497), aufgehoben mWz 1.7.1991 durch G v. 21.6.1991 (BGBl I, 3106), wieder eingeführt durch G v. 18.12.1992 (BGBl I, 2044) und als § 147a SGB III fortgeführt durch Art. 1 Nr. 4 G v. 24.3.1999 (BGBl I 396); aufgehoben durch G v. 20.12.2011 (BGBl I, 2854). BVerfGE 81, 156 ff. hat die Vorschrift für verfassungsgemäß angesehen.

301 Vorherige Fn. und BT-Drs. 17/6239 S. 6 Frage 11; Hanns Christian Bayer, § 147a SGB III wieder eingeführt, NZS 2008, 473-474.

302 Zu ihnen u.a. DRV, Abschlussbericht Modellprojekt GeniAL – Generationenmanagement im Arbeitsleben, 2011; Christina Strecker/Alexander Kühl/Ralph Conrads, „GeniALe Unternehmen“ - Betriebliche Gestaltungserfordernisse und Erfahrungen im Generationenmanagement, DRV 2011, 304 – 323; Cornelia Meffert/O. Mittag/W. H. Jäckel, Betriebsnahe Präventionsprogramme der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitation 2013; 52(06): 391-398; Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Betriebsservice Gesunde Arbeit unter: .deutsche-rentenversiche-rung.de/Westfalen/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_Reha/Leistungen/gesunde_arbeit_westfalen_node.html.

303 Z. B. Welti/Groskreutz Fn. 163, 2014, S. 62 ff. und Welti Fn. 277, 2010, S. 51 ff.; Bernd Bitzer/Ronald Weinschenk, Beim BEM profitieren Arbeitnehmer und Arbeitgeber, SuP 2012, 207, 214/5.

ger Weg sind, Phasen der Sozialleistungen wegen Krankheit, Leistungsminderung und Behinderung oft verbunden mit Arbeitslosigkeit und Bezug von Sozialhilfe/SGB II vor Erreichen der Regelaltersgrenze zu beenden.³⁰⁴

Zur Zeit wird die Reform dieser Möglichkeiten in einer Arbeitsgruppe der Regierungskoalition untersucht.³⁰⁵ Bisher sind auch hinreichend Vorschläge entwickelt worden.³⁰⁶ Notwendig ist allerdings die Verbindung vorzeitiger Altersrente mit Erwerbsarbeit zu prüfen (oben 5).

Rechtspolitisch wichtig wäre es, alle Modell der vorzeitigen Rente in einer sozialpolitischen Analyse zusammenzufassen und unter den unterschiedlichen Zielen zu bewerten: Vergrößerung der selbstbestimmten Gestaltung des Übergangs in die Rente, Alternative zur EM-Rente, versicherungsgerechte Ausgestaltung (vor allem Überprüfung der Höhe der Abschläge³⁰⁷; Notwendigkeit von Vorversicherungszeiten), Vermeidung von Altersarmut. Wichtig wäre es, auch hier die Auswirkungen auf die unterschiedlichen Gruppen von GRV-Rentnern zu verdeutlichen, vor allem wenn hohe Vorversicherungszeiten gefordert werden (s. oben 4.2).

7.2 Belastungsorientierte vorzeitige Altersrenten?

Bei einem interessanten, aber problematischen Modell der vorzeitigen Altersrente gibt es allerdings auch in konzeptioneller Hinsicht noch starken Bedarf an Untersuchungen, bei der belastungsorientierten vorzeitigen Altersrente.

7.2.1 Modelle belastungsorientierter vorzeitiger Altersrenten

Das von Deutschland am 15.1.1971 ratifizierte ILO-Übereinkommen Nr. 128 v. 29.6.1967³⁰⁸ verlangt in Art. 15 Abs. 3, dass dann, wenn die Regelaltersgrenze der RV 65 oder höher ist, *„dieses Alter unter vorgeschriebenen Bedingungen für jene Personen herabzusetzen, die in Berufen beschäftigt waren, die von der innerstaatlichen Gesetzgebung im Hinblick auf die Gewährung von Leistungen bei Alter als anstrengend oder gesundheitsschädlich betrachtet werden.“*

Auch einige Länder kennen solche Differenzierungen, wie wir sie in Deutschland in der Beamtenversorgung und der Knappschaft haben.³⁰⁹ Damit würden drei Probleme angegangen:

304 Wolfgang Keck/Tino Krickl, Vorgezogene Altersrenten – wer geht früher?, RVaktuell 11/2013, S. 298 – 308. Diese Untersuchung gilt für die Geburtenkohorte 1946, bei der erstmals das Übergangsrecht bei den vorzeitigen Renten weitgehend abgeschlossen war (bis auf die Vertrauensschutzregelungen in § 236a SGB VI).

305 SZ v. 26.6.2014, S. 21.

306 Zusammenfassend: Bieback 2012 Fn. 1, S. 35/36; Ausführlich: Reinhold Thiede, Rente mit 67 – Flexiblere Rentenregelungen können Härten der Neuregelung abmildern, SozSich 2006, 360 – 368; Ulrich Preis, Alternde Arbeitswelt – Welche arbeits- und sozialrechtlichen Regelungen empfehlen sich zur Anpassung der Rechtsstellung und zur Verbesserung der Beschäftigungschancen älterer Arbeitnehmer? Gutachten B zum 67. Deutschen Juristentag Erfurt 2008, 2008, S. 64 ff., 108 ff. Schon sehr früh kritisch: Elsa Fornero/Paolo Sestito, Pension systems: Beyond mandatory retirement, 2005.

307 Kühntopf/Tivig 2007, Salthammer 2003 und Müller 1987 Fn. 253.

308 BGBI 1970 II S. 813 und BGBI 1971 II S. 175.

309 Dazu Asghar Zaidi/Edward Whitehouse, Should Pension Systems Recognise „Hazardous and Arduous Work“? OECD

- (1) Frühzeitiger Verschleiß des Arbeitsvermögens ist Ursache sowohl der Arbeitslosigkeit als auch der Erwerbsminderung im Alter und die Lösung würde „belastungsgerecht“ und versicherungsmäßig durch die Altersrente gelöst, statt durch die Leistungen bei Arbeitslosigkeit oder dauerhafter Erwerbsminderung.
- (2) Geringqualifizierte und Geringverdiener würden wohl stärker von einer solchen Regelung profitieren. Sie haben im Alter größere Probleme mit ihrer Erwerbsfähigkeit und gleichzeitig eine erheblich geringere Lebenserwartung³¹⁰ und damit auch eine geringere Rentenlaufzeit als durchschnittlich und überdurchschnittlich verdienende Versicherte.
- (3) Bei der kontinuierlichen Anhebung der Altersgrenze für die Regelaltersrente würden spezifischere und besser sozial gesteuerte Ausnahmen eröffnet, als jetzt bei der vorzeitigen Altersrente für langjährig Versicherte.

Es gibt viele, aber wie ausländische Beispiele zeigen,³¹¹ überwindbare Vorbehalte gegenüber einer solchen Lösung. Als Beispiel sei die abschlagsfrei mit Vollendung des 60. Lebensjahrs gezahlte österreichische Schwerarbeitspension gem. § 4 Abs 3 APG angeführt: Anspruch auf sie hat, wer (1) 45 Versicherungsjahre vorliegen hat, (2) mindestens 120 Monate Schwerarbeit innerhalb der letzten 240 Kalendermonate vor dem Pensionsstichtag geleistet hat und (3) mit dem Tag der Pensionierung keine versicherungspflichtige Erwerbstätigkeit ausübt bzw. Erwerbseinkommen unterhalb der österreichischen Geringfügigkeitsgrenze von 2014 monatlich 395,31 Euro hat. Von 122.116 Pensionsneuzugängen 2012 waren 1.147 Schwerarbeitspensionen,³¹² also weniger als 1%. Das dürfte an der Kombination der hohen Hürden liegen, den hohen Vorversicherungszeiten und der langen Verweildauer in Schwerarbeit vor dem Zugang in die Pension.

Einmal ist eine solche Lösung nur dann wirksam, wenn belastungsindizierte vorzeitige Renten nicht erheblich geringer ausfallen als die normale Altersrente nach der Regelaltersgrenze, also die belastungsindizierten vorzeitigen Renten ohne Abschläge gezahlt werden. Weiterhin müssen die Rentenvoraussetzungen exakt bestimmt, d. h. die Belastungsrisiken verlässlich erhoben und typisiert werden. Der österreichischen Schwerarbeitspension³¹³ wirft man vor, sie sei mit ihrem Maßstab des Kalorienverbrauchs ganz auf die von Männern dominierte körperliche Schwerstarbeit konzentriert. Allerdings hat die österreichische Schwerarbeitsverordnung³¹⁴

Social, Employment and Migration Working Papers, No. 91, OECD Publishing, 2009 und Martin Brussig/Andreas Jansen/Matthias Knuth, Differenzierte Altersgrenzen in der Rentenversicherung aufgrund beruflicher Belastungen? Vorüberlegungen für ein empirisches Konzept, Friedrich Ebert Stiftung, WiSo Diskurs Dez. 2011, S. 11 ff.

310 Destatis/WZB/DIW, Datenreport 2013, S. 259/260.

311 Zaidi/Whitehouse ebda., 2009 geben einen umfassenden Überblick über diese Systeme; Brussig/Jansen/Knuth ebda. 2011, S. 18 ff. mit eigenem Vorschlag S. 40 ff.

312 Unter:

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/pensionen_und_renten/041216.html. Für Frauen kommt die Schwerarbeitspension erst ab dem Jahr 2024 in Betracht, da die stufenweise Veränderung des Renteneintrittsalters dann abgeschlossen ist.

313 Brussig/Jansen/Knuth ebda., S. 28 ff.

314 Verordnung der Bundesministerin für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz über besonders belas-

mit der Bezeichnung der folgenden Tätigkeiten als Schwerarbeit den Katalog etwas geöffnet:

- Tätigkeiten in Schicht- oder Wechseldienst,
- regelmäßige Tätigkeiten unter Hitze oder Kälte,
- Tätigkeiten unter chemischen oder physikalischen Einflüssen
- schwere körperliche Arbeit, die dann vorliegt, wenn bei einer achtstündigen Arbeitszeit von Männern mindestens 8.374 Kilojoule (2.000 Kilokalorien) und von Frauen mindestens 5.862 Kilojoule (1.400 Kilokalorien) verbraucht werden,³¹⁵
- berufsbedingte Pflege von erkrankten oder behinderten Menschen mit besonderem Behandlungs- oder Pflegebedarf,
- Tätigkeiten trotz Vorliegens einer Minderung der Erwerbsfähigkeit nach Behinderteneinstellungsgesetz von mindestens 80 %.

Eine wichtige Ursache vorzeitiger Berentung, die psycho-soziale Belastung am Arbeitsplatz,³¹⁶ ist nicht aufgenommen. Ursache dürfte sein, dass sie sich an jedem Arbeitsplatz ereignen kann und schwer zu typisieren ist. Da aber psychische Erkrankungen als Ursachen der EM-Berentung zunehmen, ist die geringe Typisierbarkeit dieser Ursache und geringe Korrelation mit bestimmten Beschäftigungen ein Manko jeder belastungsorientierten Frühverrentung, das schwer zu vermeiden sein dürfte.

7.2.2 Ansätze für Untersuchungen

(1) Mit der Arbeit von Brussig/Jansen/Knuth von 2011 für die Friedrich Ebert Stiftung liegt eine erste sozialpolitische Einschätzung dieses Lösungswegs vor. Sie ist zu Recht verhaltend bejahend. Brussig/Jansen/Knuth zeigen im Anschluss an die immer noch maßgebende Studie von Bödeker u.a.³¹⁷ Wege auf, für die „rentenwirksamen“ Belastungen Indikatoren zu entwickeln. Sie diskutieren auch einige wichtige Rahmenbedingungen eines solchen Modells der belastungsorientierten vorzeitigen Altersrenten (Voraussetzungen; Begrenzungen der Inanspruchnahme).

Zaidi/Whitehouse³¹⁸ machten 2009 starke Bedenken gegen die Sondersysteme der (vorzeiti-

tende Berufstätigkeiten v. 9. März 2006, (Österreichisches) BGBl II Nr. 104/2006. Unter www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004642 (10.8.2014).

315 Hierzu gibt es mehrere Listen der Sozialversicherung mit Berufen, die diese Bedingungen erfüllen unter: <http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.683995>.

316 Dazu umfassend: Nico Dragano, Arbeit, Stress und krankheitsbedingte Frührenten, 2007; Wolfgang Hien, Frühberentung – Resultat schlechter Arbeitsbedingungen, in: ders./Wolfgang Bödeker (Hrsg.), Frühberentung als Folge gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen, 2008, S. 1, 4 - 12.

317 Bödeker, Wolfgang/Fiedel, Heiko/Friedrichs, Michael/Röttger, Christof, Kosten der Frühberentung. Abschätzung des Anteils der Arbeitswelt an der Erwerbs- und Berufsunfähigkeit und der Folgekosten, 2006.

318 Asghar Zaidi/ Edward Whitehouse, Should Pension Systems Recognise „Hazardous and Arduous Work“? OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 91, OECD Publishing, 2009 unter <http://dx.doi.org/10.1787/221835736557>.

gen) Altersrenten geltend. Sie seien nur auf die Erleichterung des Ausscheidens ausgerichtet und nicht auf eine Reintegration und würden oft die Nachteile belastender Arbeitssituationen überkompensieren. Sie behandeln allerdings überwiegend berufsspezifische Alterssicherungssysteme außerhalb jener der allgemeinen Alterssicherung. Ihre Argumente sprechen deshalb weniger gegen eine belastungsorientierte Frühverrentung innerhalb der allgemeinen Rentenversicherung. Aber auch bei allgemeinen Systemen ist ihre Kritik zu berücksichtigen. Die starken Bedenken aus Gründen der Gleichbehandlung können nur über eine sehr genaue, allgemeine und nicht an bestimmten Berufsgruppen orientierte³¹⁹ Definition der Belastungssituationen ausgeräumt werden.

Für eine erste Diskussion ist das Feld durch die beiden vorstehenden Publikationen also vorbereitet. Um die weitere Diskussion stärker voranzutreiben wäre eine nähere kritische Analyse des österreichischen Modells sehr sinnvoll, da das österreichische Sozialversicherungssystem der Altersvorsorge insgesamt dem deutschen recht ähnlich ist. Ergänzend können die Elemente in den allgemeinen Systemen in Ungarn (allerdings eine Anhäufung von berufsspezifischen Voraussetzungen), Italien und Frankreich³²⁰ analysiert werden.

(2) Die empirischen, sozialpolitischen Grundlagen dieses Vorhabens sind allerdings noch stärker zu diskutieren. Es gibt mittlerweile hinreichend Daten zu den typischen/durchschnittlichen Belastungen in bestimmten Berufsgruppen,³²¹ die sich wohl auch mit den Daten zu den Berufsangaben in der Statistik der GRV verbinden lassen.³²² Auch wenn man keine bzw. nicht ausschließlich eine berufsspezifische Fixierung anstrebt, wäre es gut in einer zweiten Untersuchung, die Fälle der EM-Renten nach den vorher ausgeübten Tätigkeiten zu analysieren. Es gibt hinreichend Untersuchungen zu den soziodemografischen Merkmalen, die einen frühen Zugang zur EM-Rente indizieren (Alter; Qualifikation; beruflicher Status)³²³ und auch Untersuchungen zum Zusammenhang von Arbeitsbelastung und Frühverrentung.³²⁴ Sie wären abzugleichen mit den Daten aus den jährlichen Gesundheitsberichten der

319 Fast alle von Zaidi/Whitehouse Fn. 318 untersuchten Systeme sind solche für bestimmte Berufsgruppen.

320 Zu ihnen Daten bei Zaidi/Whitehouse Fn. 318.

321 Lars Eric Kroll, Konstruktion und Validierung eines allgemeinen Index für die Arbeitsbelastung in beruflichen Tätigkeiten anhand von ISCO-88 und KldB-92, methoden daten analysen. Zeitschrift für empirische Sozialforschung 1/2011, 63 – 80.

322 Dazu Martin Brüssig, Arbeitsbelastungen im letzten Beruf und Verrentungszeitpunkte: Beschleunigen hohe Belastungen den Übergang in den Ruhestand?, ZSR 1/60, 2014, 37, 42 - 47.

323 Rolf Müller/Christine Hagen/Ralf K. Himmelreicher, Risiken für eine Erwerbsminderungsrente. Bremen im Ländervergleich, 2013 unter:
http://www.arbeitnehmerkammer.de/cms/upload/Publikationen/Politikthemen/Gesundheit/Erwerbsminderungsrente_fin_al_web.pdf; Ana Llana-Nozal/Theodora Xenogiani, What Drives Inflows Into Disability? Evidence from Three OECD Countries: Australia, Switzerland, United Kingdom, OECD Social, Employment and Migration Working Papers, Nr. 117, 2011.

324 Brüssig, Fn. 322; Johann Behrens/Thomas Elkeles, Die Renaissance des Berufs als Mobilitätschance, in: Wolfgang Hien/Wolfgang Bödeker (Hrsg.), Frühberentung als Folge gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen, 2008, S. 61 – 83; Wolfgang Bödeker u.a. 2006 Fn. 317; Wolfgang Bödeker, Geringer Handlungsspielraum als Ursache von Frühberentung, in: Wolfgang Hien/Wolfgang Bödeker (Hrsg.), Frühberentung als Folge gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen, 2008, S. 85 – 110; beachtenswert die kritischen Anmerkungen von Mathias Möhner zur Untersuchung von Bödeker u.a. ebda., S. 11 - 128.

gesetzlichen Krankenkassen, die die Fälle der Arbeitsunfähigkeit auch nach Berufen/Berufsgruppen aufschlüsseln.

Von diesen Untersuchungen aus kann man aber (noch) nicht auf jene beruflichen Belastungen rückschließen, die mit hoher Relevanz für eine frühe Erwerbsminderung verantwortlich sind. Dazu bräuchte man auch eine breitere Datengrundlage, die die ganzen Erwerbsbiografien der Neuzugänge an EM- und Altersrenten eines Jahrgangs rekonstruieren und die Belastungen quantifizieren. Allein auf die Daten über die letzte vor der Rentenantragsstellung ausgeübte Tätigkeit wird man sich dabei nicht verlassen können, da gerade vor oder wegen der Erwerbsminderung ein Berufs-/Arbeitsplatzwechsel stattgefunden haben kann.³²⁵

Angesichts der mittlerweile vorliegenden Daten, würden wahrscheinlich auch halbwegs plausible Aussagen zum Zusammenhang von beruflicher Tätigkeit und EM-Rente/frühe Altersrente ausreichen, um ein System belastungsgesteuerter Frühverrentung legitimieren können. Denn immer wird hier ein Spielraum des Gesetzgebers zu Typisierung und Pauschalierung anzuerkennen sein.³²⁶

7.3 Zusatzversicherungen in der GRV

Als Alternative oder Ergänzung wäre zu erwägen, im SGB VI die Möglichkeit einzuräumen, besondere Risiken durch versicherungsmäßig kalkulierte Zusatzbeiträge abzusichern, wie etwa eine EM-Rente ohne Abschläge, eine vorzeitige Rente auch ohne 45 Versicherungsjahre oder ein Ausgleich der Abschläge bei vorzeitigen Renten. Man kann diese Zusatzbeiträge auch zwingend bei jenen Beschäftigungen (durch Gesetz oder Tarifvertrag) vorschreiben, die hohe Arbeitsbelastungen vermuten lassen, wie zB beim Entgelt für Mehrarbeit oder Nacht- und Schichtarbeit. Das wäre ein neues Modell, das die frühere, aber anders orientierte Zusatzversicherung der GRV³²⁷ wieder aufgreift. Hierzu gibt es keine Ansätze der Diskussion und so gut wie keine wegbereitenden vergleichenden Publikationen.

Die bisherigen Möglichkeiten in der GRV, zusätzliche Beiträge zu zahlen, sind alle auf speziell Ausgleichsziele gerichtet, müssen meist in einem Betrag (bei Ratenzahlungsmöglichkeit) gezahlt werden und dienen nicht der zusätzlichen Absicherung eines besonderen Risikos durch regelmäßige Beitragszahlung: Zusätzliche Beiträge im Rahmen des Versorgungsausgleichs (§ 187 SGB VI), Ausgleichsbeiträge zur Anhebung des Zahlbetrags der vorzeitigen

325 Vgl. die methodische Diskussion dieses Problems bei Brüssig ebda. S. 42 – 48.

326 Dazu (a) in Bezug auf die Schaffung von Leistungssystemen und Einbezug bestimmter Bevölkerungsgruppen: BVerfGE 29, 221 ff.; 29, 245 ff.; 29, 269 ff. (alle: GRV); 10, 354 ff. (363 ff., 370 ff.) und 12, 319 in Bezug auf die Standardisierung in einer Massenverwaltung BVerfGE 129, 49 (71 ff.); BVerfGE 79, 87 (100); BVerfGE 77, 308 (338). Allg. Osterloh, in: Sachs, Grundgesetz 6. Aufl. 2011, Art. 3, Rz. 104 ff; Ingo Pernice, Billigkeit und Härteklauseln im öffentlichen Recht, 1991, S. 243 ff.

327 Zusatzversicherung bei der Absicherung des Risikos Invalidität gem. § 1472 RVO, dazu Peter A. Köhler, Entwicklungslinien der 100-jährigen Geschichte der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Zeit von 1891 - 1957, in: Franz Ruland (Hrsg.), Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung, 1990, § 2 Rn. 59.

Rente (§187a SGB VI)³²⁸, Beiträge bei Abfindung einer unverfallbaren Anwartschaft in der betrieblichen Altersversorgung (§187b SGB VI), Beiträge zur Nachzahlung für beitragsfreie Zeiten (§§ 204 ff. SGB VI) und freiwillige Beiträge nach §§ 202, 282, 284 und 285 SGB VI.

Die GKV kennt mit den Wahltarifen (§ 53 SGB V) allerdings eine gewisse Differenzierung der an sich einheitlichen Versicherungsbedingungen aller Mitglieder, die sehr unterschiedlich diskutiert und eingeschätzt werden.³²⁹ In § 53 Abs. 9 SGB V sind auch Bedingungen statuiert, die verhindern sollen, dass solche Wahltarife zu Lasten der allgemeinen Versicherung gehen und zu einer Risikoselektion führen. Die Verbreitung entsprechender Satzungsregelungen der Krankenkasse und die Inanspruchnahme der Zusatztarife sind eher gering.³³⁰ Ähnlich und etablierter, aber weniger differenziert und ausgeprägt ist die freiwillige Unternehmensversicherung in der UV (§ 6 SGB VII).³³¹

Zu erörtern wären viele Rahmenbedingungen solcher Zusatzversicherungen:

- Welche Risiken sollen zusätzlich abgesichert werden,
- welche Beitragshöhe und Beitragsdauer wäre wie zu kalkulieren,
- wie sind die Zusatzversicherungen in die allgemeine GRV zu integrieren und
- welche § 53 Abs. 9 SGB V entsprechenden Vorkehrungen sind notwendig?

328 Dazu Norbert Fröhler, Beiträge zum Ausgleich von Rentenabschlägen, *SozSich* 2014, 368 – 372.

329 Remi Maier-Rigaud, Der Patient als rationaler Verbraucher?, *Sozialer Fortschritt* 2013, 51-60; Rainer Schlegel, Wahltarife, in: Helga Sodan (Hrsg.), *Handbuch des Krankenversicherungsrechts*, 2. Aufl. 2014, § 11; David K Preisner, *Wahltarife im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung*, 2011.

330 Klaus Zok, Wahrnehmung von Leistungs- und Tarifangeboten in der gesetzlichen Krankenversicherung, *G+G Beilage* 2013, Nr 2, S. 1-8.

331 Walter Vogts, Die freiwillige Unternehmensversicherung bei der Berufsgenossenschaft, *rv* 2010, 21-25.

8. Zusammenfassung

1. Stellenwert der EM-Rente im Sozialleistungssystem: Es erscheint zweifelhaft, ob Ländervergleiche über die Verteilung der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter auf die unterschiedlichen Sozialleistungssysteme hinreichend präzise Aussagen über den Stellenwert der EM-Renten im gesamten Sozialleistungssystem machen können. Zusätzliche Erkenntnisse über die Besonderheiten und Probleme der Pfade aus dem Erwerbssystem in den Bezug einer EM-Rente und das Verhältnis und die Interdependenzen zwischen einzelnen Leistungssystemen können besser durch Verlaufsstudien in einem Land gewonnen werden. Sie können z. B. für Deutschland die Auswirkungen untersuchen, die die Änderungen/der Wegfall von Übergangspfaden auf die anderen Systeme hatten: Fortfall mehrere „Alternativen“ zur EM-Rente (Altersteilzeit, verlängertes Arbeitslosengeld, vorzeitige Altersrenten) sukzessive in den Jahren 2008 bis 2011. Bisher deuten allerdings alle Untersuchungen an, dass es relativ wenige Substitutionsprozesse zwischen der EM-Rente einerseits und anderen Sozialleistungen andererseits gibt.

2. Wege in die EM-Rente

2.1 Nicht gefolgt werden kann den Vorschlägen, die Zuständigkeiten für das Risiko der langdauernden Erkrankung und der Erwerbsminderung und/oder die berufliche Rehabilitation in einem Sozialleistungsträger zu konzentrieren.

2.2 Die EM-Rente steht am Ende des Übergangsprozesses aus dem Arbeitsleben, den sie nur sehr begrenzt beeinflussen kann. Weiterhin bestehen erhebliche Abstimmungsprobleme mit den vorgelagerten Systemen der GKV, SGB III und SGBII. Wichtig sind sozialpolitische und sozialrechtliche Untersuchungen zu den Aktivitäten dieser vorgelagerten Systeme.

2.3 Eine Untersuchung der Versichertenbiografien aller EM-Renten-Zugänge eines Jahres und eine Typenbildung speziell konzentriert auf EM-Rentner mit vorhergehenden langdauernder Krankheiten und mit Arbeitslosigkeit kann größere Klarheit über die Verantwortlichkeiten auf dem Weg in die EM-Rente schaffen. Wird sie verbunden mit einer Untersuchung der getroffenen Maßnahmen der „vorgelagerten Träger“, kann der Bedarf aufgezeigt werden, die Aktivitäten der vorgelagerten Träger stärker zu typisieren und zu normieren. Verbunden mit Daten über die Indikation für die Rehabilitation und die Krankheitsgründe lässt sich auch die Relevanz unterschiedlicher Übergänge untersuchen.

2.4 Brussigs Analyse zur regionalen Verteilung der Arbeitsmarktrente sollte für neue Zugangsjahre wiederholt werden, dann alle Arbeitsmarktrenten enthalten und eventuell auch noch ausdifferenziert werden danach, wie der Vorlauf der Arbeitsmarktrenten war (welche Dauer der Arbeitslosigkeit, vorherige Leistung eine Rente wegen teilweiser EM).

2.5 Mehr Transparenz in das Leistungsgeschehen der Rehabilitation könnten Indikatoren schaffen, die verdeutlichen ob und wie die der GRV vorgelagerten Sozialleistungsträger für die Prävention Erwerbsgeminderter eine hinreichende Förderpolitik betreiben.

2.6.1 Es lassen sich zwingende (und mit Sanktionen belegte) Interventionszeitpunkten entwickeln, zu denen bestimmte Maßnahmen (Aufstellung von Präventionsplänen oä.) zu ergreifen wären. Solche Punkte gibt es erst wenig im deutschen Recht, sehr viel stärker ausgeprägt in den reformierten ausländischen Systemen.

2.6.2 Es gibt im gegenwärtigen Recht nur wenige zwingende Verfahren der Kooperation und bindenden Abstimmung. Umso wichtiger ist es, die rechtlichen und verwaltungswissenschaftlichen Probleme sowie die praktische Umsetzung des Verfahrens nach § 45a SGB II bei der Entscheidung über die Erwerbsfähigkeit zu untersuchen und auch alternative Modelle einzubeziehen.

2.6.3 Ein rehabilitationsrechtliches und/oder –wissenschaftliches Gutachten sollte die schon lange angemahnte Realisierung einer gemeinsamen Grundlage der Begutachtung von Fällen der Erwerbsminderung und Erwerbsfähigkeit unter Berücksichtigung des ICF vorantreiben. Dies ist die notwendige Basis für eine jede Kooperation zwischen den Sozialleistungsträgern.

2.6.4 Das bisher im deutschen (Sozial-) Verwaltungsrecht kaum entwickelte Instrument, wie Anreize und Sanktionen im Verhältnis zwischen Verwaltungsträgern die Compliance und Kooperation verbessern können, sollte bearbeitet werden.

2.7 Es wäre genauer zu analysieren, wie groß die Gruppe der „Doppelmitgliedschaften“ (Arbeitslosengeld/Krankengeld – EM-Rente; SGB II – EM-Rente) ist und welche sozialstatistischen Merkmale sie prägen. Sodann wäre zu untersuchen, ob und zu welchen Problemen es in der Praxis kommt.

3. Definition des Versicherungsfalls: Es gibt wenig zusammenfassende Ansätze zu einer kritischen Revision der Definition des Versicherungsfalls „Erwerbsminderung“ und des Begutachtungsverfahrens. Hier sollte Gegenstand einer Untersuchung sein, alle bisherigen in Deutschland und im Ausland diskutierten Alternativen zur jetzigen Definition des Risikos „Erwerbsminderung“ aufzuarbeiten und kritisch nach Vor- und Nachteilen zu bewerten. Dabei sollte eine stärkere Orientierung am ICF im Zentrum stehen. Erst über die vergleichende praktische Anwendung von Alternativen ließe sich feststellen, wie passgenau die jetzige Definition des Versicherungsfalls alle relevanten Risikoformen berücksichtigt – das wirft schwierige sozialpolitische und verwaltungspraktische Fragen auf.

4. Sicherungsfunktion der EM-Rente: Hinsichtlich der Ursachen des Absinkens des Niveaus der EM-Renten und der Vorschläge zu seiner Anhebung besteht kaum ein Forschungsbedarf. Er besteht aber auf drei Gebieten: Herausbildung von Indikatoren und Pflege der für sie notwendigen Daten, um genauer die Auswirkungen anstehenden Reformen der EM- und der vorzeitigen Altersrenten auf unterschiedliche Gruppen der Rentner abschätzend zu können. Analysen über den Markt der privaten BU- und EM-Renten sowie der Wirkungen und Defizite der Reformen von 2007 fehlen völlig genauso wie Untersuchungen zur Absicherung des BU- und EM-Risikos in der betrieblichen Altersvorsorge.

5. Nebenverdienst und EM-Rente: Es ist weder vom Sicherungsniveau der EM- und Alters-Rente her noch aus systematischen Gründen gerechtfertigt, dem Nebenverdienst neben Rentenbezug bis zur Höhe des vorherigen Verdiensts (mit Abschlägen) zu beschränken. Einmal sollten anhand der Daten der GRV die Nebenverdienstfälle analysiert und nach sozioökonomischen Faktoren (Alter, Geschlecht, vorheriges Einkommen, Qualifikation, Versicherungsverlauf) systematisiert werden. Schließlich wäre eine sozialpolitische Untersuchung aller bestehenden Vorschläge zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit neben dem Bezug einer EM-Rente notwendig.

6. Stärkung der Arbeitgeberverantwortung: Die Diskussion von Modellen, die Arbeitgeberverantwortung zu stärken, ist in Deutschland völlig unterentwickelt. Um die Diskussion anzustoßen, wären die unterschiedlichen Modelle – unter Rückgriff auf die Erfahrungen in den Niederlanden - zu entwickeln und ihre sozialpolitischen Auswirkungen zu diskutieren. Ein wesentlicher Aspekt wäre, das betriebliche Eingliederungsmanagement (§ 84 Abs. 2 SGB IX) zu evaluieren und auszubauen und in einer Bestandaufnahme die im Sozialversicherungssystem vorhandenen zahlreichen Anreiz- und Unterstützungssysteme daraufhin zu analysieren, ob sie den Bereich der betrieblichen Aktivitäten zur Verhinderung von Erwerbsminderungen übertragbar sind.

7. Immanente Alternativen in der GRV: Es sollten alle Modell der vorzeitigen Rente unter den unterschiedlichen Zielen bewertet und auf ihre Auswirkungen untersucht werden. Eine wichtige Alternative zur Reform der EM-Rente wäre eine belastungsorientierte vorzeitige Altersrente. Zu ihr gibt es noch starken Bedarf an Untersuchungen, vor allem unter Auswertung des österreichischen Modells. Ebenso ist zu erörtern, ob bei besonders belastender Arbeit nicht eine Zusatzversicherung in der GRV abzuschließen ist, die vorzeitige Renten ohne Abschläge o.ä. Leistungen gewährt.

Literatur

- Achinger, Hans/Bogs, Walter/Meinhold, Helmut/Neundörfer, Ludwig/Schreiber, Wilfried: Sozialenquôte, o J (1966)
- BA, Arbeitsmarkt 2012, 2013
- BA, Arbeitsmarkt 2000, 2001
- BA, Arbeitsmarkt 2003, 2004
- Bäcker, Gerhard: Das Rentenpaket der schwarz-roten Bundesregierung: Leistungsverbesserungen – aber kein Gesamtkonzept, IAQ-Standpunkt 02-2014
- Bäcker, Gerhard/Kistler, Ernst/Stapf-Fine, Heinz (2011): Erwerbsminderungsrente - Reformnotwendigkeit und Reformoptionen, FES WiSo Diskurs Mai 2011
- BAR, Jahresbericht 2010/2011: Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 Abs. 8 SGB IX (unter: http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/2_Jahresbericht_GE.pdf)
- Beatty, Christina/Fothergill, Steve: Disability Benefits in the UK: an Issue of Health or Jobs?; Christina Beatty and Steve Fothergill in: Lindsay, Colin/Houston, Donald (ed.), Disability Benefits, Welfare Reform and Employment Policy, 2013, S. 15 – 32
- Beatty, Christina/Fothergill, Steve/Houston, Donald: The Impact of the UK's Disability Benefit Reforms in: Lindsay, Colin/Houston, Donald (ed.), Disability Benefits, Welfare Reform and Employment Policy, 2013, S. 233 – 241
- Beck, Larissa/ B. Giraud, B. Petri, Trägerübergreifende Bedarfsfeststellung – mögliche Ansätze und Perspektiven, Rehabilitation 2011; 50(1): 11-16
- Behrens, Johann/Elkeles, Thomas: Die Renaissance des Berufs als Mobilitätschance, in: Wolfgang Hien/Wolfgang Bödecker (Hrsg.), Frühberentung als Folge gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen, 2008, S. 61 – 83
- Benítez-Silva, Hugo/Disney, Richard/Jiménez-Martín, Sergi: Disability, capacity for work and the business cycle: an international perspective, Economic Policy 25/63 (2010), 483 – 536
- Bieback, Karl-Jürgen: Probleme mit der Nahtlosigkeit beim Übergang des Bezugs von Arbeitslosengeld zur Erwerbsminderungsrente nach Erschöpfung des Krankengeldanspruchs, demnächst in Soziale Sicherheit 10/2014, 382 – 386
- Bieback, Karl-Jürgen: Abstimmung zwischen Altersrenten, Schutz bei Erwerbsminderung und Arbeitslosigkeit, in: Das Sozialrecht für ein längeres Leben, Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes, Bd. 63 2013 (Zugleich Einleitungsvortrag auf der Jahrestagung 2012), S. 9 – 38
- Bieback, Karl-Jürgen: Prämien in der Gesetzlichen Unfallversicherung, Vierteljahresschrift für Sozialrecht 2006, 215-245
- Bieback, Karl-Jürgen: Arbeitsförderung und Alterssicherung, in: VDR/FNA (Hrsg.), Interdependenzen in der sozialen Sicherung – Wirkungen und Reformoptionen, DRV-Schriften Band 60, 2005, S. 31-46
- Bingley, Paul/Gupta, Nabanita Datta/Jørgensen, Michael/Pedersen, Peder J.: Health, Disability Insurance and Retirement in Denmark, in: David A. Wise (ed), Social Security Programs and Retirement Around the World: Disability Insurance Programs and Retirement 2014 (im Erscheinen) unter: <http://www.nber.org/chapters/c13326.pdf>.

- Bitzer, Bernd/Weinschenk, Ronald: Beim BEM profitieren Arbeitnehmer und Arbeitgeber, SuP 2012, 207 – 223
- Bloch, Frank S./Prins, Rien (eds.) 2001. Who returns to work and why? A six-country study on work incapacity and reintegration, New Brunswick, Transaction Publishers
- Blüggel, Jens: Die Prüfung der Erwerbsfähigkeit im SGB II und SGB XII und die Kooperation zwischen den Sozialleistungsträgern, SGB 2011, 9-20
- Bödeker, Wolfgang: Geringer Handlungsspielraum als Ursache von Frühberentung, in: Wolfgang Hien/Wolfgang Bödeker (Hrsg.), Frühberentung als Folge gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen, 2008, S. 85 – 110
- Bödeker, Wolfgang/Fiedel, Heiko/Friedrichs, Michael/Röttger, Christof, Kosten der Frühberentung. Abschätzung des Anteils der Arbeitswelt an der Erwerbs- und Berufsunfähigkeit und der Folgekosten, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin-Forschung Nr. 1080, 2006
- Borghouts-Van De Pas, Irmgard: Labour Market Participation of the Disabled: Policies and Practices in Europe, European Journal of Social Security 12 (2010), 121 – 143
- Börsch-Supan, Axel/Brugiavini, Agar/Croda, Enrica: The Role of Institutions and Health in European Patterns of Work and Retirement, Working Papers Department of Economics Ca ' Foscari University of Venice No. 44/2008 unter: http://www.unive.it/media/allegato/DIP/Economia/Working_papers/Working_papers_2008/WP_DSE_borschsupan_brugiavini_croda_44_08.pdf
- Börsch-Supan, Axel/Brugiavini, Agar/Croda, Enrica: The Role of Institutions and Health in European Patterns of Work and Retirement, in: Journal of European Social Policy 19(4), 2009, 341-358
- Börsch-Supan, Axel, Health and disability insurance, Journal of Labour market Research/ Zeitschrift für ArbeitsmarktForschung 44 (2011), 349-362
- Brussig, Martin: Arbeitsbelastungen im letzten Beruf und Verrentungszeitpunkte: Beschleunigen hohe Belastungen den Übergang in den Ruhestand?, ZSR 60 (1/2014), 37 – 60
- Brussig, Martin: Licht und Schatten bei Anhebung der Regelaltersgrenze, Sozialrecht + Praxis 2012, 343 – 352
- Brussig, Martin: Erwerbsminderung und Arbeitsmarkt, Altersübergangs-Report 2012-04 unter: <http://www.iaq.uni-due.de/auem-report/2012/2012-04/auem2012-04.pdf>
- Brussig, Martin/Knuth, Matthias: Germany: Attempting to activate the long-term unemployed with reduced working capacity. In: Lindsay, Colin / Houston, Donald (eds.): Disability benefits, welfare reform and employment policy. Basingstoke: Palgrave MacMillan, 2013 pp. 153-177
- Brussig, Martin/Jansen, Andreas/Knuth, Matthias: Differenzierte Altersgrenzen in der Rentenversicherung aufgrund beruflicher Belastungen? Vorüberlegungen für ein empirisches Konzept, Friedrich Ebert Stiftung, WiSo Diskurs 2011 Dez. 2011
- Bund der Versicherten: Merkblatt – Berufsunfähigkeitsversicherung, unter: <https://www.bunddersicherten.de/Berufsunfaehigkeit> (6.8.2014)
- Busch, Klaus: Die Arbeitsunfähigkeit in der Statistik der GKV in: Badura u.a., Fehlzeitenreport 2013, 2014, S. 447 – 458
- Chojetzki, Uwe (2010): Grundsicherung für Arbeitsuchende - Neuerungen beim Verfahren zur Feststellung der Erwerbsfähigkeit, NZS 2010, 662

- Chojetzki, Uwe/Klönne, Margit 2004: Das Vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt aus Sicht der Rentenversicherung, DRV 2004, S. 513-531
- Cibis, Wolfgang (2011): Die sozialmedizinische Begutachtung, Begutachtungsanlass und Fragestellungen, in Kapitel 5, Die sozialmedizinische Begutachtung, in: DRV Bund (Hrsg.), Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 7. Aufl. 2011, S. 77 – 114
- Clasen, Jochen u.a. 2004: Non-employment and the welfare state, UK and Germany compared, Anglo-German Foundation for the Study of Industrial Society, Sept. 2004
- Claßen, Gabriele/Winter, Sandra/Austermann, Elena/Klepp, Katja/Neumann, Willi: Wie effektiv sind Bonusprogramme der Krankenkassen?, 2012
- Continental Lebensversicherung AG (Hrsg.), Continentale-Studie „Berufsunfähigkeit 2011“
- CPAG, Welfare Benefits and Tax Credits Handbook, 12th edition, London (Eigenverlag) 2010
- Department for Work and Pensions, Evidence Based Review of the Work Capability Assessment: a study of assessment for Employment and Support Allowance, December 2013, unter: www.gov.uk/government/publications/work-capability-assessment-evidence-based-review
- Destatis/WZB/DIW, Datenreport 2013
- Devetzi, Stamatia: Reformen in Europa für erwerbsunfähige Personen im Vergleich – Entwicklung und Aktivierungsbeispiele, DRV 2012, S. 137 – 146
- Devetzi, Stamatia/Stendahl, Sara Introduction, in: Devetzi, Stamatia/Stendahl, Sara (Hg.), Too sick to work. Social Security Reforms in Europe for Persons with Reduced Earnings Capacity, 2011, S. 1 - 9
- Devetzi, Stamatia/Stendahl, Sara, Comparing Legal Reforms and Legal Strategies, in: Devetzi, Stamatia/Stendahl, Sara (Hg.), Too sick to work. Social Security Reforms in Europe for Persons with Reduced Earnings Capacity, 2011, S. 167 – 174
- Devetzi, Stamatia, Reforms of Incapacity Benefits Systems in Europe, in: Devetzi, Stamatia/Stendahl, Sara (Hg.), Too sick to work. Social Security Reforms in Europe for Persons with Reduced Earnings Capacity, 2011, S. 175 – 184
- DGUV, Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung- Handlungsleitfaden. unter <http://www.dguv.de/inhalt/rehabilitation/documents/handlungsleitfaden.pdf>
- Disability Rights UK, Employment and support allowance overview, 2014 unter <http://www.disabilityrightsuk.org/employment-and-support-allowance-overview>
- Dragano, Nico: Arbeit, Stress und krankheitsbedingte Frührenten, 2007
- DRV Bund, Rentenversicherung in Zahlen 2013, 2014
- DRV Bund, Statistikband Rentenzugang 2012, 2014
- DRV Bund, Rentenversicherung in Zeitreihen 2013, 2013
- DRV Bund, Statistik der Rehabilitation 2011
- DRV Bund (Hrsg.): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 7. Aufl. 2011
- DRV Bund, Abschlussbericht Modellprojekt GeniAL – Generationenmanagement im Arbeitsleben, 2011

- Ellger-Rüttgardt, Sieglind u.a., Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland (Rehafutur), Deutsche Akademie für Rehabilitation e.V., Bonn (Hrsg.), 2009, S. 108/9.
- Engel, Heike/Engels, Dietrich/Hornberg, Claudia/Zinsmeister, Julia 2013: Vorstudie zur Evaluation des Sozialgesetzbuches IX Teil I, BMAS Forschungsbericht 441, 2013
- Eggerer, Reiner/Kaiser, Harald: Entwicklung und Integration eines betrieblichen Eingliederungsmanagements (EIBE), BMAS (Hrsg.) 2007 unter: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/f372-forschungsbericht-eibe.pdf?__blob=publicationFile
- Erhag, Thomas, „Incapacity for Work“: A National Legal Concept with Cross-National Functions, in Stamatia Devetzi/Sara Stendahl (Hrsg.) Too sick to work. Social Security Reforms in Europe for Persons with Reduced Earnings Capacity, 2011, S. 21 - 42
- Erlinghagen, Marcel/Zink, Lina: Arbeitslos oder erwerbsunfähig? Unterschiedliche Formen der Nicht-Erwerbstätigkeit in Europa und den USA, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 3/60 (2008), S. 579-608
- Ewert, Thomas: Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als Klassifikationshilfe der langfristigen Krankheitsfolgen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 55 (4), 2012, 459-467
- Farin, Erik: Patientenorientierung und ICF-Bezug als Herausforderungen für die Ergebnismessung in der Rehabilitation. Die Rehabilitation, 47 (2) 2008, 67-76
- Fichte, Wolfgang: Renten- und verfassungsrechtliche Absicherung älterer Versicherter im Spiegel der Rechtsprechung, DRV 2/2010, 397 – 420
- Florian, Frank-Henning: Wie lässt sich das Invaliditätsrisiko in der zweiten Säule der Alterssicherung abdecken? DRV 2012, 31-35
- Fornero, Elsa/Sestito, Paolo: Pension systems: Beyond mandatory retirement, 2005
- Franke, Michael: Schafft die BU sich ab? Produktentwicklungen steuern am Verbraucher vorbei (Hannover, 31. Januar 2013) unter: www.franke-bornberg.de/uploads/media/2013-01-31_fb_BU_status_quo_03.pdf
- Fröhler, Norbert: Beiträge zum Ausgleich von Rentenabschlägen, SozSich 2014, 368 – 372
- Gasche, Martin/Härtl, Klaus: Verminderung der (Alters-)Armut von Erwerbsminderungsrentnern durch Verlängerung der Zurechnungszeit und Günstigerprüfung?, DRV 4/2013, 245 – 271
- Geiger, Udo: Soziale Absicherung bei Zusammentreffen von Arbeitslosigkeit und Krankheit, info also 2008, 58 – 64
- Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV), Die private Berufsunfähigkeitsversicherung, Juni 2014, unter: <http://www.gdv.de/wp-content/uploads/2014/05/GDV-13-5008-BU.pdf> (10.8.2014)
- Giesert, Marianne/Weßling, Adelheid: Betriebliches Eingliederungsmanagement in Großbetrieben 2012
- GKV-Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 2014, Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Bonn 2014, S. 31 ff., unter <http://www.svr-gesundheit.de>

- Hagen, Kornelia/Lamping, Wolfram: Karenzzeit, „Pflege-Riester“, Bürgerversicherung – Was hilft weiter?, DIW Wochenbericht 39/2011, S. 2 – 15
- Hartmannshenn, Jochen: Neuordnung der Arbeitsmarktintegration behinderter Menschen, 2014
- Harris, Neville/Rahilly, Simon (2011): Extra Capacity in the Labour Market?: ESA and the Activating of the Sick and Disabled in the UK, in: Stamatia Devetzi/Sara Stendahl (Hg.), Too sick to work. Social Security Reforms in Europe for Persons with Reduced Earnings Capacity, 2011, 43 – 76
- Haustein, Lutz: Berufskundliche Aspekte in der Sozialmedizin, in: Kap. 3. Arbeitsmedizinische und berufskundliche Aspekte, in: DRV Bund (Hrsg.), Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 7. Aufl. 2011, 60 – 64
- Heller, Bernd/Stosberg, Rainer: Das Dritte und das Vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt, DAngVers 2004, S. 100-109
- Hesse, Bettina/E. Gebauer, Sozialmedizinische Begutachtung im Rentenverfahren: Stellenwert, Forschungsbedarf und Chancen, Rehabilitation 2011; 50(1): 17-24
- Hien, Wolfgang: Frühberentung – Resultat schlechter Arbeitsbedingungen, in: ders./Wolfgang Bödecker (Hrsg.), Frühberentung als Folge gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen, 2008, S. 1 - 24
- Hirschberg, Alexander 2011: Berufsunfähigkeit, Invalidität, Erwerbsminderung und ähnliche Begriffe, 2011
- Kaldybajewa, Kalamkas/Kruse, Edgar: Erwerbsminderungsrenten im Spiegel der Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung – Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Männern und Frauen –, RVaktuell 8/2012, S. 206 – 216
- Karch, Heribert: Erwerbsminderung und Berufsunfähigkeit - Chancen und Grenzen für tarifliche Versorgungswerke, BetrAV 2011, 12-20
- Keck, Wolfgang/Krickl, Tino: Vorgezogene Altersrenten – wer geht früher?, RVaktuell 11/2013, S. 298 – 308
- Kemp, P. A.; Sundén, A.; Bakker Tauritz, B. Hrsg. 2006. Sick societies? Trends in disability benefits in post-industrial welfare states, Genf, Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit
- Kamprad, Peter: Der Zugang älterer langzeitarbeitsloser Versicherter zur Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, DRV 1992, 583 – 589
- Klöcker, Irene: Die Reichweite der Nahtlosigkeitsregelung gem § 125 SGB III, NZS 2005, 181 – 187
- Köbl, Ursula: Übergreifende soziale Risiken – Arbeitslosigkeit, in: Schriftenreihe des deutschen Sozialrechtsverbandes Bd. 33, 1990, S. 47 - 72
- Köbl, Ursula: Rente vor Rehabilitation? VSSR 1979, 1 – 21
- Kocher, Eva/Gröskreutz, Hennig/Nassibi, Ghazaleh/Paschke, Christian/Schulz, Susanne/Welti, Felix/Wenckebach, Johanna/Zimmer, Barbara: Das Recht auf eine selbstbestimmte Erwerbsbiographie, 2013
- Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung (SOMEKO), DRV-Schriftenreihe Bd. 53, 2004
- Koning, Pierre/Van Vuuren, Daniel: Hidden Unemployment in Disability Insurance, Volume 21 (2007), Issue 4-5, 611–636

- Koning, Pierre: Estimating the impact of experience rating on the inflow into disability insurance in the Netherlands, CPB Discussion Paper No 37, August 2004 unter: <http://www.cpb.nl/en/cpb-publication-calendar>
- Konle-Seidl, Regina/Rhein, Thomas/Trübswetter, Parvati 2014: Erwerbslose und Inaktive in verschiedenen Sozialsystemen, IAB-Kurzbericht 8/2014
- Konle-Seidl, Regina/Lang, Kristina: Von der Reduzierung zur Mobilisierung des Arbeitskräftepotenzials. Ansätze zur Integration von inaktiven und arbeitslosen Sozialleistungsbeziehern im internationalen Vergleich. IAB-Forschungsbericht Nr. 15, Nürnberg, 2006
- Konle-Seidl, Regina/Lang, Kristina, Erwerbsfähige Transferbezieher im internationalen Vergleich, BArbBl 10/2006, S.14 – 22
- Koop, Thorsten: Abschlüsse bei Renten wegen Erwerbsminderung aus verfassungsrechtlicher Sicht, DRV 2010, 67 – 81
- Krause, Peter/Ehrlich, Ulrike/Möhring, Katja: Erwerbsminderungsrentner: Sinkende Leistungen und wachsende Einkommensunterschiede im Alter, DIW Wochenbericht Nr. 24.2013, S. 3 – 9
- Krause, Peter: Die teilweise Leistungsminderung als Grenzproblem der Arbeitslosen- und der Invaliditätsversicherung in der Bundesrepublik, in: Ingwer Ebsen (Hrsg.), Invalidität und Arbeitsmarkt, 1992, 189 - 204
- Kroll, Lars Eric: Konstruktion und Validierung eines allgemeinen Index für die Arbeitsbelastung in beruflichen Tätigkeiten anhand von ISCO-88 und KldB-92, methoden daten analysen. Zeitschrift für empirische Sozialforschung 5, 1/2011, 63 – 80
- Kühntopf, Stefan/Tivig, Thusnelda: Frühverrentungsabschlüsse und Lebensdauer nach Rentenbeginn, Wirtschaftspolitische Blätter 2007, 807 – 819
- Llena-Nozal, Ana/Xenogiani, Theodora: What Drives Inflows Into Disability? Evidence from Three OECD Countries: Australia, Switzerland, United Kingdom, OECD Social, Employment and Migration Working Papers, Nr. 117, 2011
- Lier, Monika: Juristen mahnen BU-Versicherer an ihre Aufgaben, VW 2011, 536-537
- Lindow, Berthold/Radoschewski, Friedrich Michael/Lay, Waltraud/Mohnberg, Inka/Zander, Janett, Qualitätssicherung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – bewährte Instrumente und neue Fragestellungen, RVaktuell 2011, 166 – 172
- Lindsay, Colin/Houston, Donald (ed.), Disability Benefits, Welfare Reform and Employment Policy, 2013
- Litchfield, Paul: An Independent Review of the Work Capability Assessment – year four, December 2013, unter: www.gov.uk/government/publications/work-capability-assessment-independent-review-year-4
- Lott, Margit/Spitznagel, Eugen: Präventive Arbeitsmarktpolitik. Impulse für die berufliche Weiterbildung im Betrieb, IAB-Kurzbericht 11/2010
- Maier-Rigaud, Remi: Der Patient als rationaler Verbraucher?, Sozialer Fortschritt 2013, 51-60
- Majerski-Pahlen, Monika: Die Neuregelung der Renten wegen Erwerbsminderung - Probleme der Rechtsanwendung | NZS 2002, 475-479
- Märting, Stefanie/Zollmann, Pia/Buschmann-Steinhage, Rolf 2014: Projektbericht II zur Studie „Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung“, demnächst publiziert als Nr. 105 in der DRV-Schriftenreihe, 2014

- Märting, Stefanie/Zollmann, Pia/Buschmann-Steinhage, Rolf: „Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung“, Projektbericht I zur Studie, DRV-Schriftenreihe Nr. 99, 2012
- Märting, Stefanie/Zollmann, Pia: Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung, RVaktuell, 2011, 121
- Meffert, Cornelia/Mittag; Oskar/W. H. Jäckel, Betriebsnahe Präventionsprogramme der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitation 2013; 52(06): 391-398
- Menck, Mathias/N. Lübke/U. Polak, Rehabilitation vor Pflegebedürftigkeit im Alter: eine Analyse anhand von Routinedaten, Rehabilitation 2014, S. 74 – 80
- Mika, Tatjana/Lange, Janine/Stegmann, Michael: Erwerbsminderungsrente nach Bezug von ALG II: Auswirkungen der Reformen auf die Versicherungsbiografien, WSI-Mitt. 67 (4/2014), 277 – 285
- Mittag, Oskar/Reese, Christina/Meffert, Cornelia: (Keine) Reha vor Rente: Analyse der Zugänge zur Erwerbsminderungsrente 2005 – 2009, WSI-Mitt. 67 (2/2014), 149 – 155
- Mittag/Jäckel, Bedarfsfeststellung: Gesetzliche Grundlagen, derzeitige Praxis und aktuelle Forschungsfragen – Thinking Outside the Box, Rehabilitation 2011, 50(1), 4-6
- Müller, Horst-Wolf: Zur Verkürzung der Rentenlaufzeiten - Möglichkeiten und finanzielle Konsequenzen, DRV 1987, 30 – 55
- Müller, Rolf/Hagen, Christine/Himmelreicher, Ralf K.: Risiken für eine Erwerbsminderungsrente. Bremen im Ländervergleich, 2013 unter: http://www.arbeitnehmerkammer.de/cms/upload/Publikationen/Politikthemen/Gesundheit/Erwerbsminderungsrente_final_web.pdf
- Niehaus, Mathilde/Marfels, Britta/Vater, Gudrun/Magin, Johannes/Werkstetter, Eveline, Betriebliches Eingliederungsmanagement, Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX, 2008
- OECD (Hrsg.), Ageing and Employment Policies: Netherlands, 2014
- OECD, SICKNESS, DISABILITY AND WORK: BREAKING THE BARRIERS, Netherlands, 2010 unter www.oecd.org/els/disability
- OECD, Sickness, Disability and Work Vol. 3, Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands, 2008
- OECD, Social Issues / Migration / Health, Transforming Disability into Ability: Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People (Eigenverlag) Paris 2003
- Ohsmann, Sabine/Stolz, Ulrich/Thiede, Reinhold: Rentenabschläge bei vorgezogenem Rentenbeginn: Welche Abschlagssätze sind „richtig“?, DAngVers 4/2003, 1 – 9
- Oltzen, Andreas: Der Vorrang von Rehabilitation vor Rente – Konkretisierung, ZSR 50 (2004), S. 131 – 140
- Pennings, Frans (2011): The New Dutch Disability Benefits Act: The Link between Income Provision and Participation in Work, in: Stamatia Devetzi/Sara Stendahl (Hg.), Too sick to work. Social Security Reforms in Europe for Persons with Reduced Earnings Capacity, 2011, 77 – 94
- Preis, Ulrich: Alternde Arbeitswelt – Welche arbeits- und sozialrechtlichen Regelungen empfehlen sich zur Anpassung der Rechtsstellung und zur Verbesserung der Beschäftigungschancen älterer Arbeitnehmer? Gutachten B zum 67. Deutschen Juristentag Erfurt 2008, 2008

- Preisner, David K.: Wahltarife im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, 2011
- Prinz, Christopher/Tompson, William: Sickness and disability benefit programmes: What is driving policy convergence? ISSR 4/2009, 41 – 61
- Promberger, Markus/Wübbeke, Christina/Zylowski, Anika, Private Altersvorsorge fehlt, wo sie am nötigsten ist, IAB-Kurzbericht 15/2012
- Rasner, Anika/Zimmer, Barbara: Arbeitsunfähigkeit im Erwerbsverlauf – Auswirkungen und Konsequenzen für die soziale Sicherung, 2012, unveröffentlichtes Manuskript, erhältlich über: ARasner@diw.de
- Ratner, David D.: Unemployment Insurance Experience Rating and Labor Market Dynamics, Finance and Economics Discussion Series Nr. 2013-86, Divisions of Research & Statistics and Monetary Affairs, Federal Reserve Board, Washington, D.C., 2013 unter: <http://www.federalreserve.gov/pubs/feds/2013/201386/201386pap.pdf> (20.7.2014).
- Reese, Christina/Mittag, Oskar (2014): Wiedereingliederung und soziale Sicherung bei Erwerbsminderung – Vergleichsstudie für die EU-Länder Niederlande und Deutschland (Teil 1), diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht (www.reha-recht.de), Forum D Nr. 10/2014, 2014.
- Reimann, Axel 2003: Das Verhältnis von Prävention, Rehabilitation und Erwerbsminderungsrenten nach neuem Recht, in: äGerhard Igl/Felix Welti (Hrsg.), Gesundheitliche Prävention im Sozialrecht, 2003, 125 – 137
- Riphahn, Regina: Disability retirement and unemployment - substitute pathways for labour force exit? An empirical test for the case of Germany. In: Applied Economics 29/5 (1997), 551–561
- Rische, Herbert/Kreikebohm, Ralf: Verbesserung der Absicherung bei Invalidität und mehr Flexibilität beim Übergang in Rente, RVaktuell 2012, 2 - 16
- Rische, Herbert: Die Absicherung der Erwerbsminderungsrisikos – Handlungsbedarf und Reformoptionen, RVaktuell 1/2010, 2 – 9
- Rixen, Stefan: Erwerbsfähigkeit als Normalität. Zum Normalisierungspotenzial eines zentralen Ordnungsbegriffs der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II), Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 1/2008, 46 – 52
- Roberts, Jenny/Rice, Nigel/Jones, Andrew M.: Early retirement and inequality in Britain and Germany: How important is health? HEDG Working Paper 08/27, unter: http://www.york.ac.uk/media/economics/documents/herc/wp/08_27.pdf.
- Roth, Michael/Schulz-Weidner, Wolfgang/Schuntermann, Michael: Die Versicherungsfälle der Berufs- und Erwerbsunfähigkeit im Recht der gesetzlichen Rentenversicherung – Kritik und Reformansätze, ZfS 1993, 547 – 570
- Römer, Wolfgang: Rechtspolitische Optionen zur Schließung der BU-Lücken, VuR 2010, 366-370
- Roth, Michael ua. (1993): Die Versicherungsfälle der Berufs- und Erwerbsunfähigkeit im Recht der gesetzlichen Rentenversicherung – Kritik und Reformansätze, ZfS 1993, 547.
- Ruland, Franz: Der Einfluss der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts auf das Recht der gesetzlichen Rentenversicherung, in: M. v. Wulffen/E.O. Krasney, Festschrift 50 Jahre Bundessozialgericht, 2004, S. 599 - 623
- ders. (Hrsg.): Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung, 1990
- Ruland, Franz/Rische, Herbert: Die „Erwerbsminderungsrente“ als Möglichkeit zur Reform der Sicherung der Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, DRV 1980, 12 - 29

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 2014, Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Bonn 2014, unter <http://www.svr-gesundheit.de>
- Salthammer, Klaus: Berechnung von versicherungsmathematischen Abschlägen bei vorzeitigem Rentenbezug im Umlageverfahren, DRV 2003, 613 – 619
- Schlegel, Rainer: Wahltarife, in: Helga Sodan (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 2. Aufl. 2014, § 11
- Schnell, Christoph: Bei Erwerbsminderung (Älterer): Ausgliederung aus dem Erwerbsleben vermeiden, Soziale Sicherheit 2010, 218
- Schütte, Wolfgang: Der Vorrang von Rehabilitation vor Rente - Rechtlicher Rahmen, ZSR 50 (2004), S. 111 – 130
- Stähler, Thomas P./Schian, Marcus: Trägerübergreifende Umsetzung des Rehabilitations- und Behindertenrechts in: Wolfgang Blumenthal/Ferdinand Schliehe (Hrsg.), Teilhabe als Ziel der Rehabilitation - 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e. V. Festschrift 100 Jahre DVfR, 2009, S. 245-252
- Steiner, Gert H.: Berufs- und wirtschaftskundliche Aspekte bei Erwerbsminderungsrenten, SGB 2011, S. 368
- Stendahl, Sara: The Complicated made Simple?, in: Stamatia Devetzi/Sara Stendahl (Hg.), Too sick to work. Social Security Reforms in Europe for Persons with Reduced Earnings Capacity, 2011, S. 95 – 118
- Strecker, Christina/Kühl, Alexander/Conrads, Ralph: „GeniALe Unternehmen“ - Betriebliche Gestaltungserfordernisse und Erfahrungen im Generationenmanagement, DRV 2011, 304 – 323
- Swart, Enno/Ihle, Peter (Hrsg.): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven, 2005
- Thiede, Reinhold: Die geplante Reform der Erwerbsminderungssicherung aus der Sicht der Rentenversicherung, Vortrag auf dem Fachgespräch "Reform der Erwerbsminderungssicherung 2014: Problem gelöst oder zu kurz gesprungen?" der Hans-Böckler-Stiftung am 23. Juni 2014 in Berlin, unter: www.boeckler.de/pdf/v_2014_06_23_thiede.pdf (12.7.2014)
- Thiede, Reinhold: Rente mit 67 – Flexiblere Rentenregelungen können Härten der Neuregelung abmildern, SozSich 2006, 360 – 368
- Ulmestig, Rickard: Incapacity Benefits – Change and Continuity in the Swedish Welfare State, in: Christina Beatty, Steve Fothergill and Donald Houston, The Impact of the UK's Disability Benefit Reforms in: Lindsay, Colin/Houston, Donald (ed.), Disability Benefits, Welfare Reform and Employment Policy, 2013, S. 178 – 198
- van Berkel, Rik: From Dutch Disease to Dutch Fitness? Two Decades of Disability Crisis in the Netherlands, in: Colin Lindsay/Donald Houston, Disability Benefits, Welfare Reform and Employment Policy, 2013, S. 199 – 215
- van der Burg, Cathelijne/R. Friperon, Weg naar de WIA, Langdurig zieken 2012, Tussenrapport 1e meting, 2013 unter: <http://www.astri.nl/publicaties/ziekteverzuim-en-arbeidsongeschiktheid1/>
- van der Burg, Cathelijne/Prins, Rienk: Employment instead of Benefit Receipt? Process and Outcomes of Reassessment of Dutch Disability Benefit Recipients, European Journal of Social Security 12 (2010), 144 – 155

- van Sonsbeek, Jan-Maarten/Gradus, Raymond: Estimating the Effects of Recent Disability Reforms in The Netherlands, Oxford Economic Papers, Oxford University Press, vol. 65(4) (2013), 832-855 = Tinbergen Institute Discussion Paper 2011 – 121/3 unter: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1908684
- VDR, Statistik zu den Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe 2003
- Viebrok, Holger, Absicherung bei Erwerbsminderung, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Einkommenssituation und Einkommensverwendung älterer Menschen. Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung. Band 3, 2006
- Voelzke, Thomas: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (ohne Werkstatt für behinderte Menschen), in: Deinert/Neumann (Hrsg.), Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, 2. Aufl. 2009, § 11, 310 – 371
- Vogts, Walter: Die freiwillige Unternehmensversicherung bei der Berufsgenossenschaft, rv 2010, 21-25
- Welti, Felix/Großkreutz, Henning: Soziales Recht zum Ausgleich von Erwerbsminderung, HBS-Arbeitspapier 295, 2014
- Welti, Felix: Rechtsfragen der Bedarfsfeststellung für Leistungen zur Teilhabe, Rehabilitation 2011; 50(1): 7-10
- Welti, Felix: Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) in Klein- und Mittelbetrieben, insbesondere des Handwerks, 2010
- Wenning-Morgenthaler, Martin: Die Mitbestimmung des Betriebsrats beim betrieblichen Eingliederungsmanagement, Forum B, Beitrag B19-2011 unter: http://www.reha-recht.de/fileadmin/download/foren/b/2011/B19-2011_Mitbestimmung_Betriebsrat_bei_BEM.pdf
- Wise, David A.: Introduction, in: Wise, David A. (ed), Social Security Programs and Retirement Around the World: Disability Insurance Programs and Retirement 2014, im Erscheinen, unter: <http://www.nber.org/chapters/c13323.pdf>
- Wübbecke, Christina: Ältere Arbeitslose am Scheideweg zwischen Erwerbsleben und Ruhestand. Gründe für ihren Rückzug vom Arbeitsmarkt. In: Journal for Labour Market Research, Vol. 46, No. 1 (2013), S. 61-82
- Wüstenberg, Malte: Interdependenzen im Sozialrecht, 2011
- Zaidi, Asghar/Whitehouse, Edward: Should Pension Systems Recognise „Hazardous and Arduous Work“? OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 91, OECD Publishing, 2009 unter <http://dx.doi.org/10.1787/221835736557>
- Zok, Klaus: Wahrnehmung von Leistungs- und Tarifangeboten in der gesetzlichen Krankenversicherung, G+G Beilage 2013, Nr 2, 1-8
- Zollmann, Pia/Märting, Stefanie: 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, RVaktuell 8/2013, S. 187 – 196

Impressum

Herausgeber:

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

Redaktion: Stefan Jahn

Postanschrift: 0640-FNA, 10704 Berlin

Print-Version: ISSN 2192-3000

Online-Version: 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, September 2015