

VdK-Forum

Krank im Arbeitsleben – arm in der Rente?

Strategien zur Vermeidung und Absicherung von Invaliditätsrisiken



VdK-Forum
Evangelische Akademie
Tutzing
25./26. Februar 2014

SOZIALVERBAND

VdK

BAYERN



Zukunft braucht Menschlichkeit.

Herausgeber:

Sozialverband VdK Bayern e.V.

Schellingstraße 31

80799 München

Telefon: 089 / 2117-0

Telefax: 089 / 2117-258

eMail: info@vdk.de

Internet: www.vdk.de/bayern

Für die Beiträge sind die jeweiligen Autoren verantwortlich.

Satz und Druck:

Druckerei Dimetria-VdK gemeinnützige GmbH

Rennbahnstraße 48

94315 Straubing

Telefon: 09421/9290-100

Internet: www.dimetria.de

VdK-Forum

Inhalt

Michael Pausder Begrüßung	S. 5 – 10
Ulrike Mascher Absicherung im Krankheitsfall im Rehabilitations- und Rentensystem aus Sicht des Sozialverbands VdK	S. 11 – 19
Dr. Helga Seel Die Rehabilitation von Erwerbstätigen	S. 20 – 28
Burkard Rappl Umgang der Gesellschaft mit Menschen mit Behinderung, chronisch kranken Menschen und Erwerbsgeminderten im Arbeitsleben im Licht der UN-BRK	S. 29 – 41
Andreas Knipping Leichte Arbeiten 6 Stunden – die Begutachtung im Erwerbsminderungsrentenverfahren	S. 42 – 47
Prof. Dr. Richard Hauser Erwerbsminderung – ein erhebliches Armutsrisiko?	S. 48 – 62
Dr. Johannes Steffen Reformoptionen zur Erwerbsminderungsrente	S. 63 – 86



Die Expertenrunden des Sozialpolitischen Forums des Sozialverbands VdK Bayern

Michael Pausder

Landesgeschäftsführer des
Sozialverbands VdK Bayern e.V.
München

Begrüßung

Sehr geehrte Damen und Herren,
ich freue mich, Sie zu unserem traditionellen
VdK-Forum in der Evangelischen Akademie
Tutzing begrüßen zu können. Es ist ein Jubi-
läumsforum, und zwar unser 30.

Für mich persönlich ist es das erste Forum.
Nein... nicht als Teilnehmer, bei 25 von 30
Foren war ich dabei, aber mein erstes Forum
in meiner noch relativ neuen Funktion als
Landesgeschäftsführer des VdK Bayern.

Es gab ja schon viele bemerkenswerte VdK-
Foren hier. Ich denke nur an das Forum aus
dem Jahr 1991, bei dem wir mit Nachdruck
die Einführung einer gesetzlichen Pflegever-
sicherung forderten. Dass drei Jahre später,
also vor 20 Jahren, dann das Pflegeversiche-
rungsgesetz verabschiedet wurde, ist mit
ein Verdienst und ein historischer Erfolg
der sozialpolitischen Lobbyarbeit unseres
Verbandes.

Umso mehr drängen wir jetzt darauf, dass
endlich die von diversen Bundesregierun-
gen lange angekündigte große Pflegereform
jetzt kommt, um die Lücken der bestehen-



den Versicherung zu schließen. Soll heißen:
Einführung eines neuen Pflegebedürftig-
keitsbegriffs, der auch den Bedürfnissen der
steigenden Zahl von demenzerkrankten
Pflegebedürftigen und deren Angehörigen
entspricht. Der VdK wird bundesweit Ende
März eine Pflegekampagne starten, um den
öffentlichen Druck auf die Politik entspre-
chend zu erhöhen.

Dass wir sozialpolitisch durchaus in der
Lage sind, etwas für sozial benachteiligte
Menschen zu erreichen, zeigt der jetzige
Koalitionsvertrag. Anneliese Fischer, die ich
herzlich begrüßen darf, die frühere Vize-
präsidentin des Bayerischen Landtags und
langjährige stv. Landesvorsitzende des VdK
Bayern, brachte es kürzlich auf den Punkt,
als sie sagte: „Der Koalitionsvertrag trägt die
Handschrift des VdK“.

Ja, und wenn man sich die deutlichen Ver-
besserungen bei der Mütterrente ansieht

und die leichten Verbesserungen bei der Erwerbsminderungsrente, dann kann man mit Fug und Recht behaupten: Das ist ein Verdienst der öffentlichkeitswirksamen sozialpolitischen Interessenvertretung des VdK mit seiner unglaublich rührigen und aktiven Präsidentin Ulrike Mascher an der Spitze. Und dafür danken wir Ihnen, Frau Mascher!

Viele wissen doch gar nicht, was eine Erwerbsminderungsrente ist. Da war ja der alte Begriff Invalidenrente noch klarer! Jetzt denken viele an Frührente im Sinne einer vorgezogenen Altersrente. Da gibt es Vorurteile: Und das, obwohl niemand freiwillig die EM-Rente beantragt, um sich ein schönes Rentnerleben zu gönnen, sondern weil er aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr arbeiten kann.

Unser heutiges Thema lautet: **„Krank im Arbeitsleben – arm in der Rente?“**

Und damit befinden wir uns mitten in der aktuellen sozialpolitischen Diskussion und Gesetzgebung. Änderungen bei der Erwerbsminderungsrente sind Teil des geplanten Rentenpakets, das Bundesarbeitsministerin Andrea Nahles kürzlich präsentiert hat.

Wie schon gesagt, bewerten wir es als Erfolg unserer Arbeit, dass dieses zugegebenermaßen etwas sperrige Thema, das sich nicht so richtig für Talkshows eignet, überhaupt stärker in die öffentliche Wahrnehmung gerückt ist.

Der soziale Abstieg erwerbsgeminderter Menschen kann schlicht und einfach nicht geleugnet werden.

Bei einer Bundestagsdebatte rund um die Erwerbsminderungsrenten wurde kürzlich sogar von mehreren Rednern die Position des VdK an den Beginn der Aussprache gestellt. Endlich bewegt sich etwas bei den Bedingungen für gesundheitlich angeschlagene Menschen, die vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden müssen. Wie ernst die Lage der betroffenen Menschen ist, erfahren wir tagtäglich in den Beratungen in unseren Geschäftsstellen in ganz Bayern.

Der VdK Bayern will sich ja in Zukunft noch stärker auf seine Kernaufgaben und -kompetenzen konzentrieren. Eine wesentliche Kernaufgabe des VdK ist die Sozialrechtsberatung, das ist unser Kerngeschäft. Und das Thema Erwerbsminderungsrente bildet wiederum den Kern unseres Kerngeschäfts. Ohne überheblich zu sein, können wir guten Gewissens behaupten: Der VdK ist die Expertenorganisation schlechthin in Deutschland, wenn es um Fragen rund um die Erwerbsminderungsrente geht.

Also sehr geehrte Referentinnen und Referenten aufgepasst: Sie haben es heute mit ausgewiesenen Experten auf diesem Gebiet zu tun. Dies bestätigt auch ein Bericht der Zeitschrift „Finanztest“ in der Ausgabe Oktober 2013. Dort wird ein VdK-Mitglied mit den Worten zitiert: „Ohne die Unterstützung des VdK hätte ich null Chance gehabt“. Und der ultimative Tipp von „Finanztest“ für Betroffene lautet: „Werden Sie Mitglied im VdK. Sie finden dort kompetente Beratung und rechtlichen Beistand und können sich beim Vorbereiten und Ausfüllen des Rentenantrags helfen lassen.“

Das gesetzliche Rentenrecht ist neben dem Schwerbehindertenrecht der Schwerpunkt unserer sozialrechtlichen Beratung in unseren Geschäftsstellen. Allein im letzten Jahr 2013 haben unsere Mitarbeiter für unsere Mitglieder mehr als 24.000 Anträge zu Reha und Rente bei den Rentenversicherungsträgern in Bayern und im Bund gestellt. Das sind rund 40 Prozent aller Anträge, die der Sozialverband VdK Bayern 2013 für seine Mitglieder gestellt hat. In nahezu 8.000 Fällen musste anschließend Widerspruch gegen einen erlassenen Bescheid eingelegt werden, von denen etwa 3.400 (rund 45 Prozent unserer gesamten Klagen) letztlich in ein Klageverfahren vor den bayerischen Sozialgerichten mündeten.

Ist die Erwerbsminderungsrente nach vielen Gerichtsgutachten oder persönlich vom Kläger zumindest vorzufinanzierenden „109er-Gutachten“ letztlich bewilligt, bedeutet dies allerdings häufig nur ein vorläufiges Ende für die Klägerin oder den Kläger, da die Renten in der Regel befristet werden. Das Prüfverfahren läuft nach drei Jahren erneut an, Ausgang ungewiss.

Aus unserer Praxis wissen wir, dass sich die Menschen oft als Spielball zwischen den verschiedenen Sozialversicherungsträgern hin- und hergeworfen fühlen: Krankenversicherung, Arbeitslosenversicherung, Grundsicherung für Arbeitssuchende und Rentenversicherung schieben sich gegenseitig die Menschen zu. Wirft man einen Blick in die Akten, kann man sich eines solchen Eindrucks vielfach ebenso wenig erwehren. Viele heute hier werden das bestätigen können.

Auf der Strecke bleibt, dass vielen Menschen durch gezielte medizinische und berufliche Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen ein Verbleib oder ein zweiter Start ins Arbeitsleben ermöglicht werden könnte. Doch um beispielsweise als 45-Jähriger noch eine Umschulung bewilligt zu erhalten, braucht es ein hohes Durchsetzungsvermögen des Antragstellers. Heute und morgen möchte der Sozialverband VdK Bayern vertieft diskutieren, welche präventiven Maßnahmen im Arbeitsleben ergriffen werden können und welche Rolle die Rehabilitation einnehmen kann und sollte. Daneben wollen wir die Rahmenbedingungen und Regelungen der Erwerbsminderungsrente erörtern, für den Fall, dass ein Ausscheiden aus dem Arbeitsleben unabwendbar bleibt.

Sehr verehrte Damen und Herren, auch 2014 ist es uns wieder gelungen, namhafte sachkundige Referenten zu gewinnen, die ich nachfolgend gerne begrüßen und Ihnen vorstellen möchte.

Die erste Referentin des heutigen Veranstaltungstages und zugleich Gastgeberin ist die Präsidentin des Sozialverbands VdK Deutschland und Landesvorsitzende des VdK Bayern, Ulrike Mascher. Frau Mascher als VdK-Präsidentin wurde bereits Ende Oktober 2013 von der „Welt am Sonntag“ in einem Bericht neben Angela Merkel, Horst Seehofer und Sigmar Gabriel als eine der Gewinnerinnen der Bundestagswahl bezeichnet – wegen des geplanten Rentenpakets.

Dass der VdK weiter wächst, auch außerhalb Bayerns, bundesweit sind es jetzt 1,7 Millionen Mitglieder, davon 622.000 in

Bayern, auch das ist mit ein Verdienst der Frau an der Spitze unseres Verbandes. Natürlich gemeinsam Hand in Hand mit allen ehrenamtlichen und hauptamtlichen VdKlerinnen und VdKlern, die alle wesentlich zur Erfolgsgeschichte des VdK beitragen.

Das heutige Thema von Frau Mascher lautet: **„Absicherung im Krankheitsfall im Rehabilitations- und Rentensystem aus Sicht des Sozialverbands VdK“.**

Der zweite Referent des heutigen Nachmittags ist **Dr. Werner Kissling**. Er ist Leitender Oberarzt der Psychiatrischen Klinik der Technischen Universität München und Leiter des dort angesiedelten Centrums für Disease Management.

Ein besonderer Schwerpunkt ist im Centrum für Disease Management die Öffentlichkeitsarbeit zu psychischen Erkrankungen. In vielen Unternehmen hat Herr Dr. Kissling dazu bereits Weiterbildungsveranstaltungen und Aufklärungskampagnen durchgeführt. Heute wird er für uns zum Thema **„Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz“** referieren. Wir freuen uns auf Ihre Ausführungen, Herr Dr. Kissling.

Anschließend wird **Dr. Helga Seel** in ihrem Vortrag **„Die Rehabilitation von Erwerbstätigen“** die aktuelle Situation in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation und Verbesserungsbedarfe aus ihrer Sicht darlegen.

Frau Dr. Seel ist Geschäftsführerin der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Vor dieser Tätigkeit war Frau Dr. Seel Vor-

sitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellten und zählt damit zu den ausgewiesenen Experten der Teilhabe am Arbeitsleben und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in der Bundesrepublik Deutschland. Herzlich willkommen, Frau Dr. Seel!

Das letzte Referat des heutigen Veranstaltungstages wird Ministerialdirigent **Burkard Rappl** halten. Herr Rappl ist Leiter der Abteilung Teilhabe von Menschen mit Behinderung und soziale Hilfen im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration und seit vielen Jahren Partner der bayerischen Behinderten-, Selbsthilfe- und Sozialverbände im Sozialministerium. Den VdK Bayern und ihn verbindet eine langjährige und vertrauensvolle Zusammenarbeit. Herr Rappl ist der Verantwortliche Organisator der ConSozial, der größten Fachmesse mit Kongress für den Sozialmarkt im deutschsprachigen Raum. Ich selbst darf für den VdK in der Programmkommission, die die Themen und Referenten des ConSozial-Kongresses festlegt, mitarbeiten.

Mit dem Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention im März 2009 in der Bundesrepublik Deutschland haben sich die Anforderungen an Politik und Gesetzgebung für Menschen mit Behinderung konkretisiert und verschärft.

Welche Erkenntnisse das Arbeitsministerium und die bayerische Politik seither gewonnen haben und welche Ziele sie verfolgen, wird uns Herr Rappl darstellen unter dem Titel **„Umgang der Gesellschaft**

mit Menschen mit Behinderung, chronisch kranken Menschen und Erwerbsgeminder-ten im Arbeitsleben im Licht der UN-Behindertenrechtskonvention.“ Wir freuen uns auf Ihre Ausführungen, Herr Rapp!

Den morgigen Vortragstag beginnen wird **Andreas Knipping**. Herr Knipping ist Richter am Sozialgericht in München, dem zweitgrößten Sozialgericht in Deutschland nach Berlin, und übt dort auch die Tätigkeit des Pressesprechers aus. Als Sozialrichter ist er täglich mit der gesundheitlich bedingten Leistungsminderung seiner Kläger befasst. Sein Vortrag lautet: „**Leichte Arbeiten 6 Stunden – die Begutachtung im Erwerbsminderungsrentenverfahren**“

Die Schwierigkeiten, deren gesundheitliche Defizite in das vom Gesetzgeber festgelegte Arbeitsstundenschema einzupassen, wird er uns in seinem Vortrag darlegen. Wir sind schon sehr gespannt auf den Bericht aus der juristischen Praxis und Ihre Schlussfolgerungen dazu. Herzlich willkommen, Herr Knipping!

Den zweiten Vortrag wird morgen **Prof. Dr. Richard Hauser** halten. Prof. Dr. Hauser war bis zu seiner Emeritierung Professor für Volkswirtschaftslehre mit Schwerpunkt Verteilungs- und Sozialpolitik am Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main. Er hat zahlreiche Bundes- und Landesministerien als auch das Bundeskanzleramt und die Europäische Kommission beraten, aber natürlich auch schon den VdK!

Der renommierte Armutsforscher wird uns in seinem Vortrag mit dem Titel „**Erwerbsminderung – ein erhebliches Armutrisiko**“ über die materielle Lage heutiger Erwerbsminderungsrentner und ihrer Haushalte aufklären und seine Analyse der Absicherung im Renten- und staatlichen Mindestsicherungssystem erläutern. Herzlich willkommen, Herr Prof. Dr. Hauser!

Den morgigen Vortragsreigen schließen wird **Dr. Johannes Steffen**. Herr Dr. Steffen war bis vor wenigen Monaten bei der Arbeitnehmerkammer Bremen, einer Körperschaft des öffentlichen Rechts zur Vertretung der Interessen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, für den Bereich Soziales und Soziale Sicherung zuständig, und ist bundesweit durch scharfsinnige und ausgefeilte Analysen von Gesetzgebungsvorhaben und deren Auswirkungen bekannt.

Heute verantwortet er die Website „Portal Sozialpolitik“ eine Internetplattform zu sozialpolitischen Fragen, Themen und Debatten. Ich weiß, Herr Dr. Steffen, dass Sie in unseren Reihen regelrechte Fans haben, wie z.B. den Leiter unserer Rechtsabteilung, Rainer Strauch, und natürlich auch mich.

„**Reformoptionen zur Erwerbsminderungsrente**“ lautet sein Vortragsthema, und wir sind sehr gespannt, wie er die jetzt geplanten Änderungen bei der Erwerbsminderungsrente bewertet. Auch Ihnen ein herzliches Willkommen, Herr Dr. Steffen.

Komplettiert wird unsere Veranstaltung natürlich von einer sachkundigen und abwechslungsreichen Moderation. Es freut

mich, dass wir dafür wie in den vergangenen Jahren Sybille Giel, die Leiterin der Redaktion Gesellschaft und Familie im Bayerischen Rundfunk, gewinnen konnten. Herzlich willkommen, Frau Giel!

Ich wünsche uns allen eine interessante Tagung.

Ulrike Mascher

Präsidentin des Sozialverbands
VdK Deutschland e.V.
Landesvorsitzende des
Sozialverbands VdK Bayern e.V.
München

Absicherung im Krankheitsfall im Rehabilitations- und Rentensystem aus Sicht des Sozialverbands VdK

„Herausforderung Demenz“ lautete der Titel des Tutzinger Forums im letzten Jahr. Die nahezu gleiche Überschrift hätten wir auch in diesem Jahr verwenden können: „Herausforderung Erwerbsminderung“. Denn nach wie vor stehen wir vor großen Herausforderungen, wenn Menschen im Arbeitsleben krank oder behindert werden und als ultima ratio aus dem Erwerbsleben ausscheiden müssen. Wir reden hier von einem Risiko, das jeden treffen kann, Jung wie Alt.

Reform der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten

Vor mehr als einem Jahrzehnt wurden die gesetzlichen Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit komplett umgekrempelt: Die Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten sind entfallen und durch eine zweistufige Rente wegen voller oder teilweiser Er-



werbsminderung ersetzt worden. Seit 2001 gelten die neuen Regelungen und mit ihnen 0,3 % Abschläge für jeden Monat des Bezugs vor Vollendung des 63. Lebensjahres.

Dem vorangegangen war eine längere Debatte, die in Zusammenhang mit dem Rentenreformgesetz 1992 begann, in dem die Anhebung der vorgezogenen Altersgrenzen und die Einführung von Rentenabschlägen bei vorzeitigem Rentenbezug besiegelt worden waren. In der Folge wurde auch eine Verschärfung der Rentenzugangsvoraussetzungen für Invaliditätsrentner für erforderlich erachtet: Denn angesichts der angehobenen Altersgrenzen sei mit einem Ausweichen der Versicherten in Erwerbsminderungsrenten zu rechnen – dadurch könnte das Ziel der Anhebung der Altersgrenzen: Kostensenkung! oder zumindest Beitragsatzstabilität nicht erreicht werden.

Steigende Zahlen bei Erwerbsminderungsrentenbeziehern

Die deutliche Verschärfung der Zugangsvoraussetzungen hat ihr Ziel auch anfänglich erreicht: Bis zum Jahr 2006 kam es zu einem Rückgang bei der Zahl der Rentenzugänge.

Seit 2007 steigen die Zahlen allerdings wieder kontinuierlich an. Nach den aktuellsten Zahlen für das Jahr 2012 haben 178.683 Menschen in Deutschland eine Erwerbsminderungsrente neu bezogen. Damit ist beinahe wieder das zahlenmäßige Niveau des Rentenzugangs aus dem Jahr 2001 erreicht (2000: 214.082, 2001: 200.579, 2002: 176.099). Und das, obgleich die Anspruchsanforderungen nach oben geschraubt wurden, und rund 45 % aller Neuansprüche bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit abgelehnt werden. So standen im Jahr 2012 191.748 Bewilligungen von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit 148.598 Ablehnungen gegenüber.

Insgesamt beziehen derzeit annähernd 1,7 Millionen Menschen eine Erwerbsminderungsrente, davon mehr als 200.000 Menschen in Bayern. Diese Renten umfassen momentan einen Anteil von 21,6 % des Zugangs an allen Versichertenrenten der gesetzlichen Rentenversicherung. Jede fünfte neue Rente ist also eine Erwerbsminderungsrente.

Die Gesamtzahl der Erwerbsminderungsrenten vermittelt im Übrigen einen trügerischen Eindruck: Die Zahl der Erwerbsminderungsrentenbezieher würde numerisch weitaus höher liegen, wenn nicht bei Erreichen der gesetzlichen Rentenregel-

altersgrenze eine Umwandlung in eine Altersrente erfolgen würde.

Sinkende Zahlbeträge bei Erwerbsminderungsrenten

Die Verschärfung der Zugangsvoraussetzungen hat den heutigen Erwerbsminderungsrenten aber noch in weiterer Hinsicht ihren Stempel aufgedrückt:

Die durchschnittlichen Nettzahlbeträge der neuen EM-Renten sind zwischen 2000 und 2012 rapide von 706 Euro um 14 Prozent auf 607 Euro gefallen. Neurentner erhalten derzeit durchschnittlich 633 Euro Rente, Neurentnerinnen gar nur 580 Euro ausbezahlt.

Nicht vergessen werden darf an dieser Stelle der Kaufkraftverlust: Wer im Jahr 2012 zum ersten Mal eine EM-Rente erhielt, konnte sich von dem durchschnittlichen Rentenzahlbetrag über ein Viertel weniger leisten, als ein neuer EM-Rentner im Jahr 2000 vor der Rentenreform 2001 (Kaufkraftverlust: 26 %).

Diese heute so niedrigen Erwerbsminderungsrentenzahlbeträge sind insbesondere auf die Einführung der Abschläge zurückzuführen. Über 96 % der Neurentner gingen 2012 mit Abschlägen in Rente. Im Durchschnitt mussten sie 34,36 Abschlagsmonate (das sind 10,3 %) in Kauf nehmen und erhielten dadurch im Mittel knapp 78 Euro weniger im Monat.

Dazu beigetragen haben auch verringerte Rentenanwartschaften: Die durchschnittlichen Entgeltpunkte je Versicherungsjahr

sind bei Erwerbsminderungsrentnern seit über 10 Jahren rückläufig. Für Männer und Frauen sanken sie zwischen 2000 und 2012 von 0,9 auf 0,74 Punkte. Zum Vergleich: Ein Entgeltpunkt von 1 würde einem Durchschnittsverdienst entsprechen. Das entspricht derzeit im Westen einem Wert von 28,14 Euro.

Die rückläufige Entwicklung der Entgeltpunkte im Vergleich zu früher hängt vor allem mit der Zunahme prekärer Beschäftigungsverhältnisse und Niedriglöhnen, mit unsteteren Beschäftigungsverhältnissen und zwischenzeitlicher Arbeitslosigkeit als auch schwacher Lohnentwicklung, kurz: mit den strukturellen Entwicklungen auf dem deutschen Arbeitsmarkt, zusammen.

Außerdem ist auch der Rückgang des Durchschnittsalters der Neurentner mitverantwortlich, da jüngere Erwerbsgeminderte im Laufe ihres Arbeitslebens noch keine ausreichenden Entgeltpositionen erwerben konnten. Die Einkommen steigen mit dem Alter und der beruflichen Entwicklung, und dies wird auch nicht durch die „Zurechnungszeit“ ausgeglichen.

Kurz zum Verständnis: Da die Versicherten, wenn sie in jungen Jahren eine Erwerbsminderungsrente beantragen müssen, noch keine vollständige Erwerbsbiografie aufweisen können, werden derzeit die Jahre vor dem vollendeten 60. Lebensjahr als Zurechnungszeiten in die Rentenberechnung einbezogen. D. h., die Rentenberechnung erfolgt so, als hätte der Versicherte in dieser Zeit entsprechend seiner jeweiligen durchschnittlichen Beitragszahlungen vor

Eintritt des Erwerbsminderungsfalles bis zum 60. Lebensjahr weiter verdient bzw. Beiträge bezahlt.

Heute sind EM-Rentner beim Renteneintritt im Schnitt 51 Jahre alt, wobei das Zugangsalter der Männer mit 51,4 Jahren mehr als ein Jahr über dem der Frauen mit 50,1 Jahren liegt (im Vergleich zu vor zwanzig Jahren, 1993: Männer 53,3 Jahre, Frauen 51,3 Jahre).

Die mageren Rentenzahlbeträge können auch nicht durch auskömmliche Rentenanpassungen wieder ausgeglichen werden. Durch Riester-, Nachhaltigkeits- und Nachhaltigkeitsfaktor verlieren die ohnehin weniger werdenden Entgeltpunkte auch noch zusätzlich an Wert.

Reformpläne für Erwerbsminderungsrenten 2014

Wie wir heute bereits gehört haben, ist das Problem der unzureichenden Absicherung des Erwerbsminderungsrisikos bei den Koalitionsvereinbarungen aufgegriffen worden: Die Bundesregierung plant Änderungen an den Regelungen der gesetzlichen Erwerbsminderungsrente für Neurentner ab Mitte des Jahres, d.h. dem 1. Juli 2014.

Konkret soll die Zurechnungszeit um zwei Jahre verlängert werden. Das heißt, Erwerbsgeminderte sollen künftig so gestellt werden, als ob sie mit ihrem bisherigen durchschnittlichen Einkommen bis zum 62. statt wie bisher zum 60. Geburtstag weitergearbeitet hätten. Außerdem sollen die letzten vier Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung zukünftig für die Bewertung der

Zurechnungszeit herausfallen, wenn dies für die Versicherten günstiger ist. Das heißt: Einkommenseinbußen in den letzten vier Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung sollen sich nicht mehr negativ auf die Höhe der Erwerbsminderungsrente auswirken.

Das ist natürlich zu begrüßen, da dadurch gesundheitlich bedingte Arbeitszeitsenkungen, Krankengeldbezug oder die Aufnahme von einfacheren Tätigkeiten mit niedrigerer Entlohnung nicht mehr im bisherigen Maße zum Nachteil des Erwerbsgeminderten zu Buche schlagen.

Noch viel schlimmer ist aber heute, dass ein immer größer werdender Anteil in den Jahren vor Rentenbezug gar nicht mehr sozialversicherungspflichtig beschäftigt ist: 2011 waren 38,2 % der Erwerbsminderungsrentner zuvor arbeitslos, darunter zu 29,8 % mit Bezug von Arbeitslosengeld II. Langzeitarbeitslosigkeit stellt folglich ein zentrales Eintrittstor in die EM-Rente dar.

Die geplanten, grundsätzlich zu begrüßenden Änderungen an den Rentenregelungen sind allerdings nur ein erster Schritt: Durch die geplante Verlängerung der Zurechnungszeit um zwei Jahre werden die Renten wegen voller Erwerbsminderung im Durchschnitt monatlich um rund 40 Euro brutto höher ausfallen als die bis zum 30. Juni 2014 beginnenden entsprechenden Renten.

Addiert man diese 40 Euro zu den derzeit durchschnittlich gezahlten Neurenten, wird deutlich, dass diese weiterhin unter dem steuerlichen Existenzminimum von derzeit 696 Euro (2014) im Monat liegen werden.

Darüber hinaus wird nach wie vor die Grenze zur bundesweiten Armutsgrenzungsschwelle, 2012 waren das 869 Euro, weit entfernt liegen.

Die niedrigen Rentenzahlbeträge können überwiegend auch nicht durch andere Einkommen kompensiert werden: Vor allem allein lebende Erwerbsminderungsrentner sind davon besonders betroffen. Bei ihnen stellt die EM-Rente mit einem Anteil von 74 % in den neuen und 67 % in den alten Bundesländern eindeutig die Haupteinkommensquelle dar. Nur 6 % der Haushalte mit einem Erwerbsminderungsrentner verfügen über Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung oder Kapitalvermögen oder aus einer Betriebsrente.

Kein Wunder, dass die Grundsicherungsquote für EM-Rentner und ihre Angehörigen mit 18 % doppelt so hoch wie in der Gesamtbevölkerung ist. Damit bezieht fast ein Fünftel der in den Haushalten von Erwerbsminderungsrentnern lebenden Personen staatliche Leistungen, weil die verfügbaren Haushaltseinkünfte allein keine Sicherung des soziokulturellen Existenzminimums gewährleisten.

Angesichts der sparsam berechneten Regelsätze in der Grundsicherung und der Begrenzung der Möglichkeiten, Mehrbedarfe geltend zu machen, wird das Risiko krankheitsbedingter Armut in vielen Fällen dennoch nicht abgesichert, wenn die gesundheitliche Beeinträchtigung mit Kosten verbunden ist, die über das hinausgehen, was Kranken- und Pflegeversicherung abdecken.

Nach alledem wird deutlich, dass die geplanten Verbesserungen bei den Erwerbsminderungsrenten bei weitem nicht ausreichen werden, um das Invaliditätsrisiko tatsächlich armutssicher auszugestalten.

Unverzichtbar ist es aus Sicht des Sozialverbands VdK, die Zurechnungszeit mindestens auf das 63. Lebensjahr (bzw. 65.) anzuheben (Angleichung an den frühestmöglichen Rentenbeginn) und zusätzlich auf die Abschläge bei den Erwerbsminderungsrenten zu verzichten. Dieser Verzicht war übrigens in den Bundestagswahlprogrammen von SPD, den Grünen und der Linken enthalten.

Ebenso notwendig ist, dass generell die Kürzungsfaktoren in der Rentenanpassungsformel fallen gelassen werden, um das weitere Absinken der Rentenzahlbeträge zu stoppen. Parallel muss rentenintern für Erwerbsminderungsrenten, die auf besonders niedrigen Rentenanwartschaften beruhen, ein Ausgleich geschaffen werden. Hierzu sollte die Rente nach Mindesteinkommen für Zeiten nach 1992 fortgeführt sowie Zeiten des Bezugs von Arbeitslosengeld II angemessen bewertet werden.

Aber selbst dann werden wir weiterhin ein hohes Armutsrisiko für Erwerbsminderungsrentner haben, die aufgrund von Gesundheitsbeeinträchtigungen, Unfall oder einer Behinderung gezwungen sind, vorzeitig in Rente zu gehen. Für die Bestandsrentner wird sich aber sogar kaum etwas ändern, da die Reformmaßnahmen bei ihnen nicht mehr greifen. Für diese Gruppe würde nur der Wegfall der Kürzungsfaktoren in der Rentenformel etwas bringen.

Vermeidung von Erwerbsminderung

Wie können wir die Situation für gesundheitlich angeschlagene Menschen verbessern?

Angesetzt werden muss hier meiner Meinung nach schon in der Ausbildung und im Arbeitsleben. Noch wichtiger als eine ausreichende Absicherung von Erwerbsminderung ist die Vermeidung von Erwerbsminderung. Eine Erwerbsminderungsrente darf immer nur der allerletzte Rettungsanker sein.

Studien haben ergeben, dass Versicherte mit niedriger beruflicher Qualifikation weitaus häufiger als diejenigen mit mittlerer und vor allem diejenigen mit hoher Qualifikation eine Erwerbsminderungsrente beziehen. Ein Zehntel der EM-Rentner hat überhaupt keinen allgemeinbildenden Schulabschluss. Einen höheren Berufsabschluss können nur 9 % der männlichen und 4 % der weiblichen Befragten vorweisen, einen akademischen Abschluss nur jeweils 6 %.

22 % der männlichen und 30 % der weiblichen Erwerbsminderungsrentner waren in ihrem Berufsleben hauptsächlich als un- oder angelernte Arbeitskräfte bzw. als Hilfskräfte tätig. Gegen Ende der Erwerbsbiografie sind die Erwerbsminderungs-Risiken von Geringqualifizierten sogar etwa viermal so hoch wie die von Hochqualifizierten.

Die Ursachen für diese Kluft sind natürlich vielfältig. Sie werden aber u.a. darauf zurückgeführt, dass Höherqualifizierte seltener Berufe ausüben, in denen chronische körperliche Fehlbelastungen auftreten. Außerdem legen Höherqualifizierte im Vergleich

zu Niedrigqualifizierten gesundheitsbewusstere Lebens- und Verhaltensweisen an den Tag. Deutlich wird an dieser Stelle die hohe Wichtigkeit von schulischer und beruflicher Qualifikation für ein langes und gesundes (Arbeits-)Leben. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes verlassen 6,5 % der Schüler eines Jahrgangs die Schule ohne einen Hauptschulabschluss. Weniger als ein Viertel davon finden einen Arbeitgeber, der sie ausbildet. Politik, aber auch Kommunen sind hier gefragt, um den Übergang von der Schule in Ausbildung erfolgreich zu gestalten.

Maßnahmen im Arbeitsleben

Ebenso wichtig ist, dass in der Arbeitswelt gegen belastende Arbeitsbedingungen vorgegangen wird: Ein besserer betrieblicher Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind nötig.

In diesem Zusammenhang möchte ich insbesondere den Umgang mit psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz nennen. 42 %, also fast die Hälfte aller neuen Erwerbsminderungsrenten, hatten 2012 psychische Störungen als Ursache. Beinahe 75.000 Menschen haben also wegen psychischen Erkrankungen oder Verhaltensstörungen erstmals eine Rente wegen Erwerbsminderung erhalten. Seit dem Jahr 2001 ist der Anteil der psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit stetig gestiegen. 2001 lag er noch bei 26,8 %.

Körperliche Erkrankungen als Rentenursachen dagegen ab: So sank beispielsweise der Anteil der Muskel-Skelett-Erkrankungen, der zweithäufigsten Ursache für Frühverrentung von 2001 bis 2012 um 48 % auf

13,7 %. Lediglich 24.000 Personen hatten 2012 diese Diagnose. 2001 waren es noch mehr als 50.000.

Frauen sind übrigens häufiger aus psychischen Gründen erwerbsgemindert. Bei den weiblichen neuen EM-Rentnern betrug der Anteil 2012 ganze 48,5 %, bei den Männern nur 35,9 %.

Dieser hohe Anstieg bei der psychisch bedingten Frühverrentung wird u.a. damit erklärt, dass psychische Erkrankungen von Hausärzten heute häufiger und besser erkannt werden und auch bei den Betroffenen die Bereitschaft gewachsen ist, sich ärztliche Hilfe zu holen. Auch wird mit den Diagnosen offener umgegangen. Früher wurden zum Beispiel mehr Ausweichdiagnosen wie Rückenschmerzen oder Magenerkrankung gestellt.

Die Frage ist, wie psychisch bedingte Fehlzeiten verhindert werden können und ein langfristiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben vermieden werden kann.

Welche Maßnahmen Betriebe und Unternehmen selbst für die Gewährleistung einer inklusiven Arbeitswelt ergreifen können, wird uns anschließend Herr Dr. Kissling detailliert darlegen.

Wichtig wäre, dass Erkrankte so früh wie möglich an den Arbeitsplatz zurückkehren, damit die Angst vor einer Rückkehr an den Arbeitsplatz nicht zu einer unüberwindbaren Hürde wird. Nicht umsonst steht in der Leitlinie für psychosoziale Therapien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie,

Psychotherapie und Nervenheilkunde, dass Arbeit günstige Auswirkungen auf die psychische Gesundheit psychisch erkrankter Menschen hat.

Notwendig ist dafür, dass Betroffene zeitnah eine adäquate ärztliche und therapeutische Behandlung erhalten. Davon sind wir aber in Deutschland immer noch weit entfernt. Nach Angaben der Bundespsychotherapeutenkammer beträgt die Wartezeit auf ein erstes Gespräch beim Psychotherapeuten durchschnittlich drei Monate. Aber auch nur jeder Dritte Erkrankte wird überhaupt ärztlich oder therapeutisch behandelt.

Medizinische und berufliche Rehabilitation

Neben ambulanter und stationärer Behandlung steht in Deutschland grundsätzlich ein breites Spektrum an medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen zur Verfügung. Entsprechend des völlig richtigen Grundsatzes „Reha vor Rente“ soll durch Reha-Maßnahmen die Teilhabe am Arbeitsleben gesichert und Frühverrentungsrisiken reduziert werden. Frau Dr. Seel wird uns heute noch davon ausführlich berichten.

Gerade im Bereich der psychischen Erkrankungen ist hier festzustellen, dass die Zahl der Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht der Zahl der Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankung folgt. Während 2012 wie geschildert 42 % der Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Störungen bewilligt wurden, lag der Anteil der Leistungen von medizinischer Rehabilitation der deutschen Rentenversiche-

rung für psychische Erkrankungen bei den Frauen lediglich bei 22,3 %, bei den Männern bei 18 % und damit weit hinter den Reha-Maßnahmen für Muskel-Skeletterkrankungen mit 34,5 % bei den Männern und 35,5 % bei den Frauen.

Mitverantwortlich für unzureichende Rehabilitationsmaßnahmen sind aus Sicht des Sozialverbands VdK mit Sicherheit Schnittstellenprobleme in der Kostenträgerstruktur. Aus eigener Erfahrung als Träger des Berufsförderungswerks Nürnberg wissen wir, dass die Teilnehmer-Struktur der beruflichen Rehabilitation deutlich optimiert werden könnte.

Das mit dem Sozialgesetzbuch IX verfolgte Ziel, das Rehabilitationsrecht zu vereinheitlichen und die Leistungen der Rehabilitationsträger besser zu koordinieren, wurde bisher nicht erreicht. Die Förderung der beruflichen Rehabilitation krankt daran, dass die Kostenträgerschaft nach wie vor vielschichtig ist und die Rehabilitationsträger die Vorschriften zur trägerübergreifenden Beratung, zur umfassenden Bedarfsfeststellung nach einheitlichen Maßstäben und zum Zusammenwirken der Leistungen nicht entsprechend umsetzen. Darüber hinaus wird der Rehabilitationsbedarf nicht immer erkannt.

Obwohl ein Rechtsanspruch besteht und die Zahl der Rehabilitationsanträge seit Jahren zunimmt, ist eine Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben nach Haushaltslage immer mehr erkennbar. Augenfällig ist dies z.B. bei den Leistungen der Rehabilitationsleistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung, deren Ausgaben durch ein gesetzlich festge-

legtes Budget begrenzt werden, das für das Jahr 2013 bei 5,8 Milliarden Euro lag.

Der Budget-Deckel wird seit 1997 nur in dem Maße angehoben, wie die Bruttolöhne und -gehälter in einem Jahr steigen. Die Erhöhung betrug von 2011 zu 2012 nur 138 Millionen Euro, von 2012 zu 2013 nur 154 Millionen Euro.

2010 und 2011 wurde das Reha-Budget weitgehend komplett ausgeschöpft. 2012 wurde erstmals das Ausgabenbudget überschritten: Die Deutsche Rentenversicherung gab 12 Millionen Euro mehr aus als geplant. Die Mehrausgaben gingen zu Lasten des Budgets im Jahr 2013.

Hier will das aktuelle Rentenpaket der Bundesregierung ansetzen und künftig jährlich die demografische Entwicklung des Bevölkerungsanteils im Reha-intensiven Alter von 45 bis 67 Jahren durch eine demografische Komponente abbilden. Doch mit einer solchen Anhebung des Reha-Deckels ist es nicht getan. Notwendig ist eine vollständige Abschaffung des Reha-Budgets. Daneben bedarf es einer gezielten Weiterentwicklung des bestehenden Systems der Rehabilitation.

Förderung von Integrationsunternehmen

Ein Ansatz, Menschen nach Rehabilitation wieder in Brot und Arbeit zu bringen, ist die Beschäftigung bei einem Integrationsunternehmen.

Als Träger eines solchen Integrationsunternehmens, der Dimetria in Straubing, müssen

wir leider feststellen, dass die Förderung der Beschäftigung von Arbeitnehmern, deren Teilhabe an einer sonstigen Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufgrund von Art und Schwere einer Behinderung oder aufgrund sonstiger Umstände auf besondere Schwierigkeiten stößt, Nachbesserungsbedarf hat.

In Deutschland bieten inzwischen 650 bis 700 Integrationsfirmen schwerbehinderten Menschen einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Davon sind in Bayern rund 90 mit circa 3.600 Beschäftigten aktiv. Unter dem Gesichtspunkt der UN-Behindertenrechtskonvention und des darin verankerten Inklusionsmodells und -auftrags sind Integrationsprojekte wie diese aktueller denn je.

Auf den ersten Blick sind die Firmen nicht von „normalen“ Unternehmen zu unterscheiden. Sie agieren auf demselben Markt, in den verschiedensten Branchen, zum Beispiel im Handwerk, Garten- und Landschaftsbau, in der Gastronomie oder im Bereich Industriedienstleistungen.

Auf den zweiten Blick aber wird deutlich, dass sie mit erschwerten Bedingungen zu kämpfen haben: Integrationsfirmen müssen wirtschaftlich erfolgreich sein und sich im freien Wettbewerb des Marktes behaupten. Zusätzlich müssen Integrationsfirmen aber ihre Arbeitsabläufe an die Bedürfnisse leistungsgeminderter und behinderter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anpassen und ein Stück weit Abstand nehmen von einer rein betriebswirtschaftlich-unternehmerisch geprägten Sichtweise.

Wie andere Arbeitgeber auch erhalten Integrationsprojekte von der Bundesagentur für Arbeit, den Jobcentern, den Rehabilitationsträgern und den Integrationsämtern Nachteilsausgleiche und Eingliederungszuschüsse, z.B. aus der Ausgleichsabgabe. Diese müssen aber der Höhe nach ausreichend, planbar sowie verlässlich sein, damit Arbeitsplätze dauerhaft gesichert werden können. Auch hier gilt es, notwendige Verbesserungen nachhaltig umzusetzen.

Die „Herausforderung Erwerbsminderung“ wird dann ein deutliches Stück geringer sein, wenn Prävention, Früherkennung, Behandlung und Rehabilitation lückenlos ineinandergreifen, der Arbeitsmarkt inklusiv und für alle offen ist und eine Erwerbsminderung nicht zwangsläufig in Armut führt.

Ich freue mich, dass wieder so viele hochkarätige und kompetente Referenten nach Tutzing gekommen sind, und bin gespannt auf zahlreiche interessante Anregungen aus ihren Vorträgen.

Dr. Helga Seel

Geschäftsführerin der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V.

Die Rehabilitation von Erwerbstätigen

Teilhabe am Arbeitsleben – Bedeutung von Erwerbstätigkeit

Nicht von ungefähr kommt der Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen der Konvention der Vereinten Nationen für die Rechte behinderter Menschen (UN-BRK) eine so zentrale Bedeutung zu, dass für jeden Menschen das Recht auf Teilhabe am Arbeitsleben als Menschenrecht gefordert wird.

Arbeit zu haben, bedeutet Sicherung der Existenz, soziale Kontakte, Selbstbestätigung. Daraus leitet sich die Stabilitätsfunktion ab, die der Arbeit im Leben eines Menschen zukommt. Wie hoch diese Stabilitätsfunktion von Arbeit im Leben eines Menschen einzuschätzen ist, wird nicht zuletzt an den Auswirkungen deutlich, die eintreten können, wenn jemand keine Arbeit hat. Arbeitslosigkeit bedeutet zunächst materielle Einbußen durch den Verlust eines erheblichen Teils des Einkommens; sie bedeutet aber auch Verlust von Kontakten, von festen Tages- und Zeitstrukturen. Vor diesem Hintergrund kommt dem Erhalt und der Wie-



derherstellung der Leistungsfähigkeit eines Menschen und seiner Beschäftigungsfähigkeit eine zentrale Bedeutung zu.

Keine Arbeit zu haben, ist in nicht wenigen Fällen Ursache für eine psychische Erkrankung. Verlust des Arbeitsplatzes, Arbeitslosigkeit/Langzeitarbeitslosigkeit stellen nachweislich ein hohes Gesundheitsrisiko dar. Einschlägige Untersuchungen aus 2011 zeigen, dass psychisch bedingte Krankheitstage bei arbeitslosen ALG-I-Empfängern um ein Vielfaches höher sind als bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern.

Die Betriebe selbst bekommen die Auswirkungen zu spüren, so dass es auch in ihrem ureigenen Interesse liegen muss, sich den Themen Gesundheitsförderung und Erhalt von Beschäftigungsfähigkeit offensiver zu stellen. Hier spielt nicht nur Fürsorgepflicht gegenüber den Beschäftigten eine Rolle,

sondern auch wirtschaftliches Interesse. Krankheitstage sind teuer. Den allein aus seelischen Gründen entstandenen 59,2 Millionen Krankheitstagen stehen 10,3 Milliarden Euro an Ausfallkosten für die Betriebe gegenüber.

Gesamtgesellschaftliche Entwicklungen

Im Arbeitsleben macht sich die demografische Entwicklung in Deutschland deutlich bemerkbar: Das Ausscheiden von Beschäftigten einerseits und fehlender Nachwuchs andererseits werden zu einem Mangel an Fachkräften in der Privatwirtschaft wie im öffentlichen Dienst führen. Bis zum Jahr 2025 wird die Zahl der Erwerbspersonen um rund 6,5 Millionen Menschen auf 38,1 Millionen sinken, so die öffentlichen Zahlen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). Die Situation wird sich mittel- und langfristig noch verschärfen: Wenn sich in absehbarer Zeit die geburtenstarken Jahrgänge dem Rentenalter nähern, wird sich das Durchschnittsalter der Menschen im erwerbsfähigen Alter verschieben. Entstehen wird eine Fachkräftelücke, die, wenn nicht rechtzeitig entgegengesteuert wird, Ausmaße annehmen wird: 5,2 Millionen fehlende Fachkräfte bis 2030 – so die Berechnungen des Prognos-Instituts.

Eine weitere Entwicklung ist nicht zu übersehen: Psychische Erkrankungen scheinen sich als neue Volkskrankheit zu entwickeln – die Ergebnisse zahlreicher Untersuchungen zum Beispiel aus den Reihen der Krankenkassen oder auch der Rentenversicherung weisen in diese Richtung. Wenn von acht Millionen Menschen die Rede ist, bei denen

eine psychische Störung festgestellt wurde, dann handelt es sich dabei zwar nicht gleich um psychisch kranke Menschen. Wenn allerdings einer psychischen Störung nicht frühzeitig und angemessen nachgegangen wird, kann sich daraus allzu schnell eine psychische Erkrankung entwickeln mit erheblichen Auswirkungen für den betroffenen Menschen und sein Umfeld.

Besonders deutlich zeigen sich die Auswirkungen im Arbeitsleben: Eine Untersuchung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales weist aus, dass der Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage, der auf psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen zurückzuführen ist, seit 2001 von 6,6 Prozent auf 13,1 Prozent gestiegen ist. Folge für Volkswirtschaft und Unternehmen sind Ausgaben in Milliardenhöhe: Laut Statistischem Bundesamt betragen allein die direkten Krankheitskosten für psychische Erkrankungen fast 27 Milliarden Euro pro Jahr. Die Ausfallkosten, die Unternehmen in diesem Zusammenhang entstehen, beliefen sich in 2011 auf 10,3 Milliarden Euro. Die Deutsche Rentenversicherung Bund weist aus, dass 41 Prozent der in 2011 neu bewilligten Renten wegen Erwerbsminderung psychischer Erkrankungen zugrunde lagen.

Mit diesen Entwicklungen werden wir uns auf breiter Ebene befassen müssen. Alter und Gesundheit hängen unmittelbar zusammen – mit steigendem Alter steigen die gesundheitlichen Risiken, Krankheitsercheinungen nehmen zu. Um vor diesem Hintergrund Menschen möglichst lange im Erwerbsprozess zu halten, ihnen Existenz und Teilhabe zu sichern, braucht es funkti-

onierende Konzepte zum einen für die Erhaltung von Gesundheit, zum Zweiten für die Wiederherstellung von Gesundheit und zum Dritten für die Wiedereingliederung von Menschen, deren Gesundheit nicht mehr vollständig herstellbar ist, die aber dennoch am Arbeitsleben teilhaben sollen und wollen.

Bedeutung von Rehabilitation

Bei der Bewältigung der anstehenden Herausforderungen spielen die Möglichkeiten der Rehabilitation eine zentrale Rolle. Leistungen der Rehabilitation zielen bei erwerbsfähigen Menschen insbesondere auf die Sicherung, die Herstellung bzw. die Wiederherstellung von gesundheitlicher Leistungsfähigkeit ab, um die Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen und Ausgrenzung zu verhindern. Hierfür stehen Leistun-

gen der medizinischen Rehabilitation wie auch Leistungen der beruflichen Rehabilitation zur Verfügung.

Das deutsche Sozialleistungssystem ist breit aufgestellt, bietet eine Menge an einzelnen Leistungen und ebenso ausreichend Handlungsspielraum, diese zielgerichtet einzusetzen. Das Angebot an Leistungen der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation nimmt in vielen Fällen eine Schlüsselrolle ein, wenn es darum geht, mit geeigneten Maßnahmen Menschen wieder fit für den Arbeitsmarkt zu machen.

Die Entwicklung bei den Rehabilitationsträgern zeigt, dass die Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe kontinuierlich gestiegen sind:



Der Wert von Rehabilitation wird deutlich, wenn man Aufwand und Wirkung gegenüberstellt: Im Durchschnitt ist ein Beschäftigter, der auf eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme angewiesen ist,

50 Jahre alt. Die Maßnahme dauert 29 Tage und kostet durchschnittlich 3 600 Euro. Für einen in die Reha investierten Euro erhält die Gesellschaft fünf Euro zurück, berichtet die Süddeutsche Zeitung am 23.7.2013.

Diese Zahlen erklären, weshalb die Aufforderung, die Chancen der beruflichen Rehabilitation konsequenter zu nutzen, so richtig ist.

Als weiterer Grund ist letztlich auch das eigene Interesse anzuführen: Die finanziellen Folgen bei Verlust von Beschäftigungsfähigkeit und damit verbundenem Arbeitsplatzverlust sind weitreichend durch die Rehabilitationsträger zu tragen.

Ein Netz an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Das deutsche Sozialleistungssystem verfügt über umfassende Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung sowohl im Rahmen von medizinischer Rehabilitation wie auch von beruflicher Rehabilitation.

Grundsätzlich bieten sich (ausreichend) Möglichkeiten, die zum einen im Vorfeld und im Sinne von Prävention ansetzen, damit gesundheitliche Störungen gar nicht erst entstehen und zum anderen Hilfen, um Menschen, die von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind, gezielt so zu unterstützen, dass diese Störungen eben nicht ein Ausmaß annehmen, dass Erwerbstätigkeit und Erwerbsfähigkeit gefährdet sind.

Darunter fallen:

- fachliche Beratung,
- finanzielle Leistungen und
- individuelle Betreuung.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die für Menschen mit Behinderung von Bedeutung sind, umfassen Leistungen der medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Reha-

bilitation) und ergänzend dazu Leistungen, die die Integrationsämter aus Mitteln der Ausgleichsabgabe erbringen können.

Neben den Leistungen an Menschen mit Behinderung sind auch Leistungen an Arbeitgeber möglich. Dies ist deshalb wichtig, weil sich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben immer im Dreiecksverhältnis Mensch mit Behinderung – Arbeitgeber – Leistungsträger/Leistungserbringer vollziehen. In diesem Dreieck kommt dem Arbeitgeber eine entscheidende Rolle zu, denn letztlich trifft der Arbeitgeber die für die Teilhabe maßgeblichen Entscheidungen.

Mit Blick auf den Erhalt von Erwerbsfähigkeit verfügen wir in Deutschland über ein Netz an Unterstützungsleistungen,

- das jene auffangen kann, die von einer gesundheitlichen Einschränkung betroffen sind,
- das Betriebe unterstützen kann, ihre von Erkrankung oder Behinderung betroffenen Beschäftigten im Betrieb zu halten,
- das Betriebe dabei unterstützen kann, proaktiv und präventiv zu agieren,
- und einiges mehr.

Im Netz des gegliederten Sozialleistungssystems

Nun ist unser Sozialleistungssystem ein gegliedertes System. Für die vielfältigen und komplexen Leistungen sind insgesamt acht verschiedene Sozialleistungsträger zuständig. Damit die Leistungen koordiniert und nach gleichen Grundsätzen erbracht werden, sieht das SGB IX als gemeinsame Klammer Instrumente vor, von denen die Gemeinsamen Servicestellen und die Gemeinsamen

Empfehlungen hervorzuheben sind. „Hilfen wie aus einer Hand“ – das ist die Idee des SGB IX.

Die Realität spricht allerdings zu häufig eine andere Sprache: Zuständigkeitsdenken, wenig Vernetzung zwischen den Akteuren, fehlende Abstimmung im Leistungsgeschehen machen es den Menschen mit Behinderung, die Unterstützung benötigen, schwer, sich zurechtzufinden.

In der Praxis kritisch zu beobachten ist, dass sich unser gegliedertes Sozialleistungssystem allzu oft selbst im Weg steht.

- Bürokratische Hemmnisse,
- datenschutzrechtliche Hürden,
- umständliche Zuständigkeitsklärung,
- unklare gesetzliche Regelungen,
- aufwendige Antragsverfahren,
- fehlende Abstimmung der unterschiedlichen Leistungsträger

werden von behinderten Menschen, aber auch von Arbeitgebern häufig beklagt.

Sind mehrere Sozialleistungsträger involviert, werden die bestehenden Möglichkeiten in der Praxis immer noch nicht ausreichend genutzt. So ist etwa die Versorgung psychisch Kranker nach wie vor unbefriedigend. Die Folge: Lange Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung verlängern bzw. verschlimmern das Leiden. Es ist schwer nachvollziehbar, wenn psychisch Kranke wegen unzureichender Psychotherapieangebote in stationäre Rehabilitationsmaßnahmen eingewiesen werden, wo sie dann erstmals eine psychotherapeutische Behandlung erfahren, die sehr viel früher und kostengünstiger hätte ambulant erfolgen können.

Wie sich ein Hilfeverfahren aus einer Hand vollzieht, zeigen die Unfallversicherungsträger. Hier laufen die Verfahren abgestimmt und zügig und erfüllen die Anforderungen an ein Fallmanagement.

Ein Netz, das auffängt und trägt

Um die anstehenden Probleme zu bewältigen, brauchen wir eine starke, gut funktionierende Rehabilitation in Deutschland, die ganzheitlich, personenzentriert vorgeht und bedarfsgerecht, flexibel ausgestaltet ist. Das ist nicht zuletzt auch ein Ergebnis, wie es auf dem Demografiegipfel der Bundesregierung im Mai letzten Jahres vorgetragen wurde und nun in unterschiedlichen Arbeitsgruppen weiter verfolgt wird.

Für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen braucht es ein Netz, das

- kontinuierliche Beratung,
 - langsames und sicheres Vorgehen,
 - sorgfältige Hilfeplanung,
 - langfristige Lösungen,
 - flexible, ortsnahe Angebote der beruflichen Unterstützung,
 - Abklärung, Orientierung und Erprobung in der Praxis
- sicherstellt.

Dafür wiederum braucht es ein System, das vom Menschen mit (drohender) Behinderung her denkt und handelt und eben nicht vom Einzelinteresse eines Trägers. Das ist letztlich auch das, was behinderte Menschen selbst und ebenso Arbeitgeber fordern. Bei Beteiligung mehrerer Sozialleistungsträger erwarten sie ein abgestimmtes Vorgehen, eine Bedienung im Sinne eines „Ein-Ansprechpartner-Systems“. Diese Erwartung

ist völlig konsequent, denn jeder Beschäftigte ist in jedem Sozialversicherungszweig versichert.

Wenn das Netz an Leistungen zur Teilhabe so geknüpft ist,

- dass die Fäden zusammenlaufen, dass die Maschen des Netzes so eng sind, dass keiner durchfällt,
- dass sich seine Fäden flexibel und bedarfsgerecht auf Situationen ausrichten können und dehnen –

erst dann können wir von dem sprechen, was alle Akteure für sich selbst als Anspruch formulieren: Vernetzung, koordiniertes Vorgehen, Zusammenarbeit.

Auch Betriebe selbst sind ein wesentlicher Teil des Netzes an Unterstützung: sie sollten sich einerseits fragen, was sie tun können, um psychische Belastungen am Arbeitsplatz zu reduzieren und die seelische Gesundheit der Beschäftigten zu fördern; sie sollten

- ein Klima des Vertrauens schaffen, in dem Mitarbeiter ermutigt werden, Probleme rechtzeitig zu benennen,
- Führungskräfte und Personalverantwortliche qualifizieren im Umgang mit gefährdeten Beschäftigten,
- einen Überblick über das Netz an Unterstützungsleistungen haben und
- ihre regionalen Ansprechpartner bei den Leistungsträgern und Leistungserbringern kennen.

Last but not least sind auch die Beschäftigten selbst aktiver Teil des Netzes, denn was bedeutet es denn anderes, wenn es heißt: Der Mensch mit Behinderung steht im Mittelpunkt und Selbstbestimmung und

Teilhabe sind die zu erreichenden Ziele.

Auftrag und Aufgabenfelder der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)

Die BAR ist der Zusammenschluss von Verbänden, die alle im Themenfeld von Rehabilitation und Teilhabe und den anliegenden Versorgungsbereichen wie etwa der Prävention tätig sind (siehe Grafik Seite 26).

Ziel der BAR ist es insgesamt, die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen zu fördern und zu koordinieren. Sie soll darauf hinwirken, dass die Leistungen der Rehabilitation nach gleichen Grundsätzen im Sinne von Teilhabe behinderter, von Behinderung bedrohter und chronisch kranker Menschen durchgeführt werden. Bei der damit verbundenen inhaltlichen und strukturellen Weiterentwicklung der Rehabilitation kommt der trägerübergreifenden Perspektive eine besondere Bedeutung zu.

Die Mitglieder der BAR übernehmen Aufgaben der Umsetzung von Rehabilitation und Teilhabe mit unterschiedlichen Zuständigkeiten und auf der Basis eigener gesetzlicher Regelungen. Einen Überbau bildet das Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX), das Regelungen für ein koordiniertes und kooperatives Vorgehen im gegliederten Sozialleistungssystem enthält.

Daraus leiten sich die Kernaufgaben der BAR ab: Kooperation, Koordination, Konvergenz herzustellen. Hier versteht sich die BAR als Partner, als Berater, als Dienstleister aller Akteure im Bereich Reha und Teilhabe: der Leistungsträger, der Leistungserbringer,



der betroffenen Menschen selbst und ihrer Interessenvertretungen.

Ein wesentliches Instrument zur Herstellung von Kooperation, Koordination und Konvergenz stellen die sogenannten Empfehlungen dar, die die Sozialleistungsträger gemeinsam auf Ebene der BAR und in Abstimmung mit weiteren Akteuren erarbeiten und ihrem Handeln zugrunde legen.

Die Sicherung bzw. die (Wieder-)Herstellung von gesundheitlicher Leistungsfähigkeit und Erwerbsfähigkeit und die Gestaltung der dafür zur Verfügung stehenden Mög-

lichkeiten der Rehabilitation stellen ein zentrales Handlungsfeld für die Mitglieder der BAR und damit ein wichtiges Aufgabenfeld für die BAR dar.

Dabei ist Rehabilitation nicht isoliert zu betrachten: Eingebettet in die gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen kommt dieser Verpflichtung und den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten eine zentrale Bedeutung zu.

Ob und wie gut es im Rahmen von Rehabilitation und Teilhabe gelingt, einem Menschen die Rückkehr an den alten oder an einen neuen Arbeitsplatz zu ermöglichen,

wird in vielen Fällen, wenn nicht bestimmt, so doch erleichtert durch Vernetzung. Das heißt, wenn die beteiligten Akteure professionell kooperieren, die erforderlichen Leistungen aufeinander abstimmen und den Wiedereingliederungsprozess koordinieren – kurzum: wenn ein trägerübergreifendes Fallmanagement erfolgt.

Das Sozialgesetzbuch IX und die UN-Behindertenrechtskonvention als trägerübergreifende gesetzliche Grundlagen

Dafür ist die Abstimmung zwischen allen am Teilhabeprozess Beteiligten eine notwendige Voraussetzung. Das SGB IX beinhaltet Regelungen und Instrumente, mit denen die Kooperation der Rehabilitationsträger, die Koordination der Leistungserbringung sichergestellt werden soll. Dass dies noch nicht hinreichend gut erfolgt, wird kaum mehr bestritten. Dass das Grunderfordernis von Kooperation und Koordination im gegliederten Sozialleistungssystem unverzichtbar ist, wird ebenso wenig in Frage gestellt. Für eine Weiterentwicklung und Verbesserung ist deshalb eine offene Auseinandersetzung mit dem aktuellen Umsetzungsstand erforderlich. Sich mit den Schwachstellen befassen, diese aufgreifen und notwendige Veränderungen offensiv und vor allem trägerübergreifend und gemeinsam anpacken – darum wird es in einem für die Menschen erfolgreichen Reformprozess gehen.

Im März 2009 hat Deutschland die UN-Behindertenrechtskonvention ratifiziert. Deutschland verpflichtet sich damit als Vertragsstaat, diesen völkerrechtlichen Vertrag umzusetzen.

Zwei zentrale Vorschriften sind Artikel 26 „Habilitation und Rehabilitation“ sowie in Artikel 27 „Arbeit und Beschäftigung“. Hieraus ergibt sich die Verpflichtung für eine vollständige und umfassende Teilhabe zu sorgen, mit dem Ziel der Unabhängigkeit und Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderung. Diese Verpflichtung richtet sich an den Bund, die Länder, die Sozialversicherungsträger.

Die Verwirklichung des Rechts auf Arbeit, wie es in Artikel 27 formuliert ist, verpflichtet die Mitglieder der BAR und damit auch die BAR als ihre Dachorganisation, ihre Leistungen und Gestaltungsspielräume einzusetzen, um Menschen mit Behinderung Chancen auf Teilhabe am Arbeitsleben zu eröffnen.

Perspektiven der Weiterentwicklung

Die anstehenden Herausforderungen sind von keinem Akteur alleine zu bestreiten und erst recht nicht zu bewältigen. Jeder Versicherte und jeder Arbeitgeber zahlt in jeden Versicherungszweig.

Der Versicherte denkt von seinem Problem her! Sein Teilhabeanspruch ist ein ganzheitlicher.

Für eine erfolgreiche Unterstützung von Erwerbstätigen mit Leistungen der Rehabilitation leiten sich weitere Ansatzpunkte ab: Zum einen geht es darum, verstärkt Erwerbstätige selbst und ebenso Unternehmen auf die Möglichkeiten der Rehabilitation für die Wiedereingliederung erkrankter Mitarbeiter aufmerksam zu machen, „Return-to-Work“-Ansätze zu vermitteln, Ar-

beitgeber für die Annahme der Angebote zu gewinnen und von deren Nutzen zu überzeugen. Zum anderen geht es um die Einbeziehung betrieblicher Expertise in die konkrete Teilhabeplanung, um die konkreten Rahmenbedingungen im jeweiligen Unternehmen zielgerichtet zu berücksichtigen. „Leistungen aus einer Hand“, „Ein Ansprechpartner“, „Lotse“ sind Schlagwörter für die Erwartungen von den betroffenen Menschen wie ihrer Arbeitgeber.

Von daher sind personenzentrierter Ansatz, mehrdimensionale Betrachtung, individuelle Ausrichtung und Flexibilisierung der Unterstützungsleistungen Anforderungen, denen sich alle Leistungsträger stellen müssen, aber auch wollen. Denn komplexe Sachverhalte erfordern trägerübergreifende Koordination und Kooperation und zwar in allen Phasen des Reha-Prozesses, angefangen bei der Bedarfsermittlung, über die Planung und Durchführung von Maßnahmen, bis hin zur Sicherung der Nachhaltigkeit.

Netz – Vernetzung – vernetzen – Netzwerke – das sind Schlüsselbegriffe für den Erfolg von Rehabilitation. Dabei stellt erfolgreiches Netzwerken hohe Anforderungen an die Beraterinnen und Berater:

- sie brauchen einen soliden Überblick über das gesamte System der Reha und Teilhabe
- sie brauchen ein sattelfestes Wissen über das Leistungssystem des Trägers, bei dem er/sie arbeitet
- sie müssen in der Lage sein, Informationen und Wissen anzuwenden
- sie brauchen eine hohe Motivation und die volle Unterstützung der Organisation!

Die Arbeit der BAR ist darauf ausgerichtet, die Akteure zu unterstützen. Die Anforderungen an Reha und Teilhabe sind Ausgangspunkt – ihre Erfüllung ist das Ziel.

Burkard Rappl

Leiter der Abteilung Teilhabe
von Menschen mit Behinderung
und Soziale Hilfen
Bayerisches Staatsministerium für
Arbeit und Soziales, Familie und
Integration,
München

Umgang der Gesellschaft mit Menschen mit Be- hinderung, chronisch kranken Menschen und Erwerbsgeminderten im Arbeitsleben im Licht der UN-BRK

Für die Einladung zum diesjährigen Sozialpolitischen Forum des Sozialverbands VdK Bayern bedanke ich mich bei Ihnen sehr herzlich. Ich bin Ihrer Einladung in Vertretung unserer neuen Sozialministerin Emilia Müller sehr gerne gefolgt und möchte nicht versäumen, Ihnen die besten Glückwünsche und Grüße von Frau Staatsministerin zu überbringen. Sie bedauert es, dass sie aufgrund bereits feststehender anderweitiger wichtiger Termine heute nicht selbst anwesend sein kann.

Der VdK ist seit seiner Gründung am 4. Dezember 1946 in München ein entscheidender, wenn nicht sogar der entscheidende soziale Interessenverband in Bayern und



Foto: © Schwepfinger

Deutschland, und vertritt die Interessen breiter Bevölkerungsgruppen. Dies wird insbesondere auch durch die 1990 erfolgte Umbenennung des Verbands in „Sozialverband VdK“ deutlich.

Bundesweit ist der VdK – nach eigenen Angaben – mit über 1,6 Mio. Mitgliedern (Stand: November 2013) die größte und am stärksten wachsende Selbsthilfe-Organisation für Rentner, Menschen mit Behinderung, chronisch kranke Menschen, Pflegebedürftige und deren Angehörige, Familien, ältere Arbeitnehmer und Arbeitslose. Allein in Bayern vertritt er die Interessen von ca. 632.000 Mitgliedern (Stand: November 2013) und hat damit im Freistaat mehr Mitglieder als alle politischen Parteien zusammen (eigene Angabe).

Im VdK Bayern arbeiten etwa 20.000 ehrenamtliche Mitarbeiter, die unter anderem

die Mitglieder betreuen und sich in ihren Ortsverbänden engagieren (Stand: November 2013). Gemäß Satzung ist der VdK eine soziale und sozialpolitische Organisation auf gemeinnütziger Grundlage und parteipolitisch und konfessionell neutral. Dies stärkt seine Glaubwürdigkeit bei Mitgliedern und Ratsuchenden.

Der VdK Bayern versteht sich als einflussreicher Fürsprecher in der sozialpolitischen Diskussion nicht nur von Menschen mit Behinderung. Er war einer der ersten maßgeblichen Verbände, die seit langem die Sicherung der Teilhabe von Menschen mit Behinderung am gesellschaftlichen Leben fordern. Gerade Menschen mit Behinderung stehen beim VdK im Zentrum! Als Leiter der Abteilung „Teilhabe von Menschen mit Behinderung“ im Bayerischen Sozialministerium freut mich das natürlich besonders.

Leitlinien der bayerischen Sozialpolitik

Der VdK hat für sein schon traditionelles Sozialpolitisches Forum hier in der Evangelischen Akademie in Tutzing ein schwieriges, immer wieder gerade auch in Zeiten von Vollbeschäftigung aktuelles und die ganze Gesellschaft berührendes Thema gewählt: „Krank im Arbeitsleben – arm in der Rente?“

Diese Frage betrifft natürlich auch Menschen mit Behinderung. Im Zentrum der bayerischen Sozialpolitik steht daher zu Recht seit jeher gerade auch der Mensch mit Behinderung! Besonders wichtig sind dabei die Gedanken der Selbstbestimmung, Teilhabe und Inklusion mit dem Ziel, Menschen mit Behinderung ein Leben in der Mitte der Ge-

sellschaft zu ermöglichen. Ein zentrales Anliegen ist aber auch die berufliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung! Und dies nicht erst seit der UN-Behindertenrechtskonvention, die 2009 in Kraft getreten ist. Die UN-Konvention bestätigt vielmehr den in Bayern schon seit langem eingeschlagenen Weg.

Die Idee der Inklusion für alle Menschen mit Behinderung nehmen wir sehr ernst. Sowohl im gesellschaftlichen als auch im Arbeitsleben muss für Menschen mit Behinderung gelten: „Mitten drin statt nur dabei!“ Vorrangiges Ziel der bayerischen Sozialpolitik ist es, Barrieren abzubauen, damit Menschen mit Behinderung gleichwertige Chancen in Gesellschaft und Beruf haben.

Bayerischer Aktionsplan zur UN-Behindertenrechtskonvention

Die Bayerische Staatsregierung bekennt sich zur UN-Behindertenrechtskonvention. Wir wollen, dass Menschen, insbesondere Menschen mit Behinderung, ihr Leben unabhängig und selbstbestimmt führen können. Dazu haben wir in enger Abstimmung mit einer Vielzahl von Verbänden, mit Betroffenen sowie mit dem Bayerischen Landtag einen Bayerischen Aktionsplan erarbeitet. Dieser Bayerische Aktionsplan, den die Bayerische Staatsregierung am 12. März 2013 im Ministerrat beschlossen hat, mahnt unter dem Gesichtspunkt der Inklusion insbesondere Aktivitäten auf dem Arbeitsmarkt an!

Inklusion allgemein bedeutet, Strukturen zu schaffen, die es Menschen mit Behinderung ermöglichen, in vollem Umfang an der Gesellschaft teilzuhaben. Inklusion ist insoweit

weitreichender als Integration. Nicht mehr der behinderte Mensch hat sich an die bestehenden gesellschaftlichen Strukturen anzupassen. Es obliegt vielmehr der Gesellschaft, Strukturen zu schaffen, in denen sich alle einbringen und auf die ihnen eigene Art wertvolle Leistungen erbringen können. Die Hilfe für Menschen mit Behinderung entwickelt sich also immer mehr weg von einer defizitorientierten hin zu einer sozialen inklusiven Sichtweise, die die gesamte Gesellschaft in die Pflicht nimmt und die Menschen mit Behinderung in die Mitte der Gesellschaft holt. Und hier setzt der Aktionsplan mit seinen Zielen und Maßnahmen an.

Der Weg hin zu einer inklusiven Gesellschaft ist ein dynamischer Prozess. Deswegen ist auch unser Aktionsplan nicht als starres Gebilde gedacht. Wir werden auch in Zukunft die stete gesellschaftliche Entwicklung mit im Blick haben und den Aktionsplan im Schulterschluss mit allen Akteuren weiter fortentwickeln. Eines kann man aber jetzt schon sagen: Er wird richtungweisend für die weitere Arbeit der Bayerischen Staatsregierung sein. Mit dem Bayerischen Aktionsplan haben wir einen ersten wichtigen Meilenstein zur Umsetzung von inklusiven Strukturen gesetzt.

Leistungen des Freistaats Bayern für Menschen mit Behinderung

Wichtiges Ziel der Bayerischen Staatsregierung ist die Verbesserung der beruflichen Teilhabe von Menschen mit Behinderung auf dem ersten Arbeitsmarkt. Der Freistaat reichte hierzu 2012 (derzeit letzte verfügbare Daten) Leistungen in Höhe von rd. 58,5 Mio. Euro aus der Ausgleichsabgabe aus.

Es entfielen auf

- die Förderung von Arbeitgebern: rd. 30,7 Mio. Euro
- die Förderung von schwerbehinderten Menschen: rd. 3,2 Mio. Euro
- Leistungen an Integrationsfachdienste: rd. 5,5 Mio. Euro
- die Förderung von Einrichtungen zur beruflichen Eingliederung und Rehabilitation (v. a. Werkstätten): rd. 18,5 Mio. Euro
- sonstige Leistungen, etwa Schulungs- und Aufklärungsmaßnahmen: ca. 1,0 Mio. Euro.

Arbeitsmarktpolitische Sonderprogramme für Menschen mit Behinderung

Arbeit ermöglicht Selbstständigkeit und gesellschaftliche Anerkennung. Die Möglichkeit, aktiv am Arbeitsleben beteiligt zu sein, ist zentraler Bestandteil einer inklusiven Gesellschaft. Zur Förderung der Beschäftigung von Menschen mit Behinderung am allgemeinen Arbeitsmarkt sieht unser Aktionsplan eine Fülle an Maßnahmen vor. Ich möchte hier vor allem folgende Bereiche nennen:

Chancen schaffen III

Mit dem Programm „Chancen schaffen III“ setzen wir an unserem erfolgreichen Programm „Chancen Schaffen II“ an. Wir fördern hier Arbeitgeber, die neue Arbeits- sowie Ausbildungsplätze für Menschen mit Behinderung schaffen. Arbeitgeber können Zuschüsse für jeden neuen Arbeitsplatz für Menschen mit Behinderung von bis zu 50.000 Euro erhalten. Zudem unterstützen wir hier auch die Integrationsfachdienste. Das Programm hat einen Förderumfang von rund 15 Mio. Euro aus Mitteln der Ausgleichsabgabe und läuft bis Ende 2016.

Gesamtmaßnahme „Übergang Förderschule – Beruf“

Zusammen mit der Regionaldirektion Bayern der Bundesagentur für Arbeit und dem Bayerischen Bildungsministerium unterstützen wir bereits seit 2007 geistig behinderte Jugendliche beim Übertritt auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Diese gingen nach der Förderschule bisher überwiegend in eine Werkstatt für behinderte Menschen. Mit der bundesweit bekannten Gesamtmaßnahme „Übergang Förderschule – Beruf“ haben wir aber gezeigt, dass dieser Automatismus durchbrochen werden kann.

Eigentlich sollte die Gesamtmaßnahme im letzten Jahr auslaufen. Die im Jahr 2011 geschlossene Kooperationsvereinbarung sah eine Nachbetreuung der in Arbeit vermittelten Förderschulabgänger nur noch bis August 2015 vor. Wegen des großen Erfolgs in Anbetracht der besonderen Zielgruppe – rund 46 % (!) aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten bisher in Arbeit vermittelt werden – haben das Bayerische Sozialministerium, das Bayerische Bildungsministerium und die Regionaldirektion Bayern der Bundesagentur für Arbeit eine neue gemeinsame Kooperationsvereinbarung zur Verlängerung der Gesamtmaßnahme bis längstens August 2018 geschlossen. So erhalten zahlreiche geistig behinderte junge Menschen in Bayern eine Chance auf eine Beschäftigung am allgemeinen Arbeitsmarkt. Bisher (Stand: September 2013) konnten 233 geistig behinderte Förderschülerinnen und Förderschüler auf Arbeitsplätze des allgemeinen Arbeitsmarkts vermittelt werden.

Initiative Inklusion

Auf unser Drängen hin hat der Bund das Sonderarbeitsmarktprogramm „Initiative Inklusion“ aufgelegt, an dessen Finanzierung und Umsetzung sich Bayern intensiv beteiligt. Eine Säule dieses Programms ist die Förderung der Berufsorientierung von behinderten Schülerinnen und Schülern in allgemeinen Schulen. Dies setzen wir im Rahmen des bayerischen Sonderprogramms „Berufsorientierung Individuell“ um.

Berufsorientierung Individuell

Mit „Berufsorientierung Individuell“ sind wir in Bayern aber noch über die Vorgaben des Handlungsfelds 1 der „Initiative Inklusion“ hinausgegangen, indem wir schwerbehinderte Schülerinnen und Schüler aller allgemeinbildenden Schulen über ihre beruflichen Möglichkeiten informieren und beraten, um ihren Übergang von der Schule in das Arbeitsleben zu unterstützen.

Wir haben uns vorgenommen, in Bayern rund 3.000 schwerbehinderten Schülerinnen und Schülern, insbesondere mit sonderpädagogischem Förderbedarf, während der letzten beiden Schuljahre vor dem schulartspezifischen Abschluss Berufsorientierungsmaßnahmen zukommen zu lassen, um damit die Teilhabechancen auf dem ersten Arbeitsmarkt zu steigern.

Konkret erhalten die Schülerinnen und Schüler etwa grundlegende berufskundliche Informationen und Beratung bei der Berufswahl. Sie erhalten eine individuelle Kompetenz- und Potenzialanalyse und können im Rahmen von Orientierungspraktika verschiedene Berufsfelder für sich erproben. Es werden ferner Möglichkeiten zum

Kennenlernen von beruflichen Anforderungen und Erwartungen geboten. Sie werden dabei durch die bayerischen Integrationsfachdienste begleitet.

Für „Berufsorientierung Individuell“ stehen Bayern Mittel in Höhe von rund 6 Mio. Euro aus dem Bundesausgleichsfonds zur Verfügung. Bisher konnten bereits 925 schwerbehinderte Schülerinnen und Schüler durch „Berufsorientierung Individuell“ unterstützt werden (*Stand: September 2013*).

Förderung von neuen Ausbildungs- und Arbeitsplätzen

Mit den Handlungsfeldern 2 und 3 der „Initiative Inklusion“ fördern wir Arbeitgeber, die neue Ausbildungs- oder Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderung schaffen, mit Prämien bis zu 10.000 Euro. Im Fokus stehen vor allem ältere Menschen und Jugendliche mit Behinderung. Zur Umsetzung stehen in Bayern Mittel in Höhe von über 8 Mio. Euro aus dem Ausgleichsfonds zur Verfügung. Bisher haben wir 143 neu geschaffene Ausbildungsplätze und 258 neue Arbeitsplätze fördern können.

Werkstatt Inklusiv

Schließlich haben wir das Programm „Werkstatt Inklusiv“ ins Leben gerufen und erst jüngst verlängert. Für diejenigen Unternehmen, die sich die Beschäftigung von Menschen mit Behinderung mit einem Arbeitsvertrag (noch) nicht zutrauen, bieten so genannte Außenarbeitsplätze die Möglichkeit, Menschen mit Behinderung zu beschäftigen, denn Außenarbeitsplätze sind Werkstattplätze, die in Betriebe des allgemeinen Arbeitsmarktes ausgelagert sind.

Bayern unterstützt diese Entwicklung mit dem Sonderprogramm „Werkstatt inklusiv“. Werkstätten erhalten dabei Prämien für die Schaffung neuer Außenarbeitsplätze in Höhe von 3.000 Euro pro Platz. Bis Ende Oktober 2013 sind so 205 neue Außenarbeitsplätze entstanden.

Inklusion ins Berufs- und Erwerbsleben

Die Bayerische Staatsregierung will die Inklusion in das Berufs- und Erwerbsleben auf dem ersten Arbeitsmarkt weiter verbessern und besonders fördern. Uns ist das wichtig, denn Arbeit ist immer mehr als nur der Verdienst des Lebensunterhalts. Arbeit ist die Grundlage für Selbstbestimmung, Wohlstand und Lebensqualität, Selbstvertrauen und Zuversicht. Arbeit ist damit auch eine Quelle für den Sinn des Lebens. Deshalb unterstützen wir Menschen mit Behinderung gezielt und umfassend auf ihrem Weg in die Arbeitswelt. Aber auch unsere Unternehmen tragen dafür eine große Verantwortung.

Angesichts der noch nicht zufriedenstellenden Teilhabe von Menschen mit Behinderung am ersten Arbeitsmarkt und vor dem Hintergrund der Schaffung inklusiver Strukturen ist ein Mix aus (Regel-)Leistungen, Sonderprogrammen und dem differenzierten System aus Integrationsprojekten, Werkstätten für behinderte Menschen und Förderstätten weiterhin nötig. In erster Linie gefordert sind jedoch die privaten Arbeitgeber, Menschen mit Behinderung einzustellen.

Durch Inklusion dürfen Einrichtungen mit besonderem Angebot für Menschen mit Behinderung nicht in Frage gestellt werden.

Die Werkstätten sind ein erheblicher Wirtschaftsfaktor und bieten die Möglichkeit für (schwerst-)behinderte Menschen, nach ihren individuellen Leistungen in „geschütztem Rahmen“ am Arbeitsleben teilzuhaben. Werkstätten sind aber im Hinblick auf die Anforderungen, die Inklusion stellt, bedarfsgerecht weiterzuentwickeln. Und da sind wir bei einem wichtigen Thema, das uns die nächsten Jahre sicher noch intensiv beschäftigen wird: dem Bundesleistungsgesetz.

Eingliederungshilfe und Bundesleistungsgesetz

Die Bayerische Staatsregierung hat sich von Anfang an vehement für die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe und die Schaffung eines Bundesleistungsgesetzes eingesetzt. Wir haben uns erfolgreich dafür stark gemacht, dass die Schaffung eines modernen Teilhaberechts und eines Bundesleistungsgesetzes als zentrale sozialpolitische Aufgaben im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung und damit in der Agenda der kommenden Legislaturperiode verankert werden. Das nun im Koalitionsvertrag vereinbarte Bundesleistungsgesetz für Menschen mit Behinderung ist ein Meilenstein für die inklusive Gesellschaft.

Wir wollen die Eingliederungshilfe aus dem Fürsorgesystem der Sozialhilfe herauslösen und zu einer personenzentrierten Teilhabeleistung weiterentwickeln. Die individuellen Bedarfe und Wünsche der Menschen mit Behinderung und ihr Selbstbestimmungsrecht sollen stärker in den Fokus rücken. Die UN-Behindertenrechtskonvention gibt dabei eine wichtige Orientierung.

Die Länder haben gemeinsam mit dem Bund bereits Vorarbeiten für ein Bundesleistungsgesetz geleistet. Jetzt muss der Bund in einem nächsten Schritt einen Entwurf für ein Bundesleistungsgesetz vorlegen. Bayern wird die Schaffung des Bundesleistungsgesetzes weiter konstruktiv begleiten. Dabei ist von großer Bedeutung, dass der Bund sich an der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe beteiligt.

Dabei ist auch von Bedeutung, welche Vorschläge eine Länderarbeitsgruppe in den letzten Jahren für ein Bundesleistungsgesetz erarbeitet hat. Gerade auch was die Beschäftigung von Menschen mit Behinderung betrifft, soll es neue weiterführende Elemente geben, wie mehr Wahlmöglichkeiten, um die Basis für die Teilhabe am Arbeitsleben zu verbreitern. Ich denke hier u. a. an die Wahl eines Budgets für Arbeit und an Lohnkostenzuschüsse.

Dabei muss auch auf den Prüfstand, ob die Fachleistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung unter Berücksichtigung des individuellen Leistungsvermögens soweit wie möglich vom Einsatz eigenen Einkommens und Vermögens freigestellt werden können.

Demografischer Wandel

Heute ist – zu Recht – auch viel vom demografischen Wandel die Rede. Dieser stellt insbesondere das Gesundheitswesen vor große Herausforderungen.

Allerdings ist dieser demografische Wandel schon seit 100 Jahren im Gange. Anfang des 20. Jahrhunderts lag der Anteil der über

65-Jährigen an der Bevölkerung in Bayern bei ca. 5 %, nach dem Zweiten Weltkrieg war er schon doppelt so hoch und er hat sich bis heute noch einmal verdoppelt. 2012 waren 19,7 % der Bayern 65 Jahre oder älter.

Die durchschnittliche Lebenserwartung hat sich in diesen 100 Jahren verdoppelt: 78 Jahre sind es heute bei den Männern in Bayern, 83 Jahre bei den Frauen, etwas mehr übrigens als im Bundesdurchschnitt. Dies ist auch auf die bessere soziale Lage in Bayern zurückzuführen. Die meisten Menschen können erfreulicherweise bis ins hohe Alter selbstständig leben und sind mit ihrer gesundheitlichen Lebensqualität auch zufrieden. Selbst unter den Hochaltrigen ist die stationäre Dauerpflege nicht die Regel: Nur gut 70.000 Menschen über 80 Jahre sind in stationärer Dauerpflege, das ist etwa jeder Zehnte.

Auch Menschen mit Behinderung leben heute, Gott sei Dank, sehr viel länger. Die Zahl der Menschen mit schweren Behinderungen und besonderem Hilfebedarf wird in der Bundesrepublik Deutschland und auch in Bayern, insbesondere wegen verbesserter medizinischer Möglichkeiten und wegen der auch die übrige Bevölkerung betreffenden Steigerung der allgemeinen Lebenserwartung, in den kommenden Jahren weiter zunehmen.

Gleichzeitig verringern sich aufgrund von gesamtgesellschaftlichen Prozessen, wie z. B. der Flexibilisierung des Arbeitsmarkts mit den entsprechenden Anforderungen an die Arbeitnehmer, Arbeitslosigkeit von Menschen mit Behinderung, der Zunahme

der Frauenerwerbsquote, der Zunahme von Ein-Eltern-Familien, der Abnahme von Mehr-Generationen-Familien, einem um 50 % höheren Anteil von Ein-Personen-Haushalten bei 24 bis 45 Jahre alten Menschen mit Behinderung als bei jenen ohne Behinderung, die bisherigen familiären Unterstützungsstrukturen.

Beides führt zu einer Zunahme des außerfamiliären Hilfebedarfs von Menschen mit Behinderung. Das bisher vorhandene Unterstützungsangebot reicht zur Deckung dieses zusätzlichen Bedarfs nicht aus.

Eine zentrale Herausforderung für die Politik für Menschen mit Behinderung in Bayern ist daher die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der steigenden Zahl von älteren Menschen mit Behinderung. Dabei stehen vor allem diejenigen Menschen im Fokus, deren häusliche Versorgungsstruktur weggebrochen ist bzw. wegzubrechen droht, und die gleichzeitig aufgrund ihrer besonderen behinderungsbedingten sowie – wie bei nichtbehinderten Menschen auch – ihrer alters- und gesundheitsbedingten Bedarfslage intensiver Betreuung und Pflege bedürfen. Häufig sind ein stationärer Wohnplatz und ein tagesstrukturierendes Angebot erforderlich.

Runder Tisch – Zukunft der Behindertenhilfe in Bayern

Der vom Bayerischen Sozialministerium initiierte und moderierte „Runde Tisch – Zukunft der Behindertenhilfe in Bayern“ hat deshalb bereits im Jahr 2007 Eckpunkte für eine bedarfsgerechte Versorgung von älteren Menschen mit Behinderung beschlos-

sen, die die Grundlage für eine individuell auf den einzelnen Menschen bezogene Hilfeplanung sein sollen. In regionalen Arbeitsgruppen wurde unter Beteiligung aller Verantwortlichen in der Behindertenhilfe in Bayern der Ist-Zustand der regionalen Versorgungsstrukturen festgestellt.

Versorgungskonzepte der bayerischen Bezirke

Diese Feststellungen waren Grundlage für die Entwicklung entsprechender Versorgungskonzepte unter Federführung der für die Eingliederungshilfe zuständigen bayerischen Bezirke. Die Versorgungskonzepte der Bezirke sollten gemäß den erwähnten und landesweit abgestimmten Eckpunkten so gestaltet werden, dass Menschen mit Behinderung auch im Alter in vertrauter Umgebung und in ihrem bisherigen Wohnumfeld bleiben können. Dazu bedarf es entsprechender ambulanter Betreuungs- und Wohnangebote, aber auch stationärer Angebote der Behindertenhilfe.

Zudem soll die Betreuung der Senioren mit Behinderung im Krankheits- oder Pflegefall möglichst durch die vertrauten Personen erfolgen. Und: ältere Menschen mit Behinderung sollen im Krankheits- oder Pflegefall die entsprechenden Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung in Anspruch nehmen können.

Alle bayerischen Regierungsbezirke haben für ihren Zuständigkeitsbereich ein an die genannten Eckpunkte angelehntes regionales Versorgungskonzept für ältere Menschen mit Behinderung, die für ihre Teilnahme am Leben an der Gesellschaft über längere Zeiträume hinweg auch pädagogische Be-

gleitung und tagesstrukturierende Maßnahmen der Behindertenhilfe benötigt haben und weiterhin benötigen, erstellt. Diese Versorgungskonzepte müssen von den Trägern in der Praxis auf konkrete Konzepte und einzelne Projekte angepasst werden.

Angebote zur Tagesstrukturierung, zur Freizeitgestaltung und zum Wohnen

Insbesondere ältere Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, vor allem wenn sie aus der Werkstatt oder der Förderstätte ausgeschieden sind, brauchen häufig Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und der Freizeitgestaltung. Auch das vom „Runden Tisch – Zukunft der Behindertenhilfe in Bayern“ erarbeitete Papier „Orientierungshilfe zur Erstellung von Konzepten für Angebote zur Tagesbetreuung von älteren Menschen mit Behinderung“ kann den Trägern dabei helfen, ein solches Vorhaben zu entwickeln. Die leistungsrechtlichen Grundlagen sind im Bayerischen Rahmenvertragswerk gemäß § 79 SGB XII vereinbart, hier unter anderem der Leistungstyp „Teilstationäre Angebote zur Tagesbetreuung für Erwachsene nach dem Erwerbsleben, Leistungstyp T-ENE“. Ansprechpartner sind die einzelnen Bezirke.

Das Bayerische Sozialministerium unterstützt die Schaffung von Plätzen zur Tagesbetreuung älterer, insbesondere aus der Werkstatt für behinderte Menschen oder aus der Förderstätte ausgeschiedener Personen mit finanziellen Mitteln. So wurde in den Jahren seit 2009 seitens des Sozialministeriums und der Obersten Baubehörde die Schaffung von ca. 430 Plätzen zur Ta-

gesstrukturierung für ältere Menschen mit Behinderung mit rund 12,5 Mio. Euro finanziell unterstützt. Daneben wurden den Trägern für die Schaffung von rund 230 neuen Wohnplätzen speziell für ältere Menschen mit Behinderung 16,5 Mio. Euro zur Verfügung gestellt.

Diese finanzielle Unterstützung wollen wir in den nächsten Jahren weiterführen, zumal die psychische und physische Belastbarkeit pflegender Familien nach jahrelanger Sorge um einen Menschen mit Behinderung an ihre Grenzen stoßen kann. Die Schaffung entsprechender Versorgungsstrukturen für bisher zuhause wohnende ältere Menschen mit Behinderung, die intensiver Pflege und Betreuung bedürfen, bedeutet nicht zuletzt auch eine große Entlastung der Familie. Dies umso mehr, als gerade ältere betreuende Eltern bzw. Angehörige aufgrund vorgerückten Alters in Verbindung mit oft im Laufe der Zeit entstandenen eigenen gesundheitlichen Einschränkungen mit der weiteren Betreuung überfordert sind. Die Weiterführung der staatlichen Unterstützung zur Schaffung der Versorgungsstrukturen haben wir im Übrigen auch im Aktionsplan der Bayerischen Staatsregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention verankert.

Chronische Krankheiten

Wir leben heute in einer Gesellschaft des langen Lebens. Damit verbunden ist ein anderes Krankheitsspektrum als früher. Ende des 19. Jahrhunderts ging in Bayern die Hälfte der Sterbefälle auf Infektionskrankheiten zurück, Tuberkulose vor allem, und Darminfektionen bei Kindern. Auf Herz-

krankheiten entfielen damals gerade einmal 4 % der Sterbefälle, ähnlich sah es bei Krebs aus.

Heute ist es genau umgekehrt: 41 % der Sterbefälle im Jahr 2012 wurden durch Herz-Kreislaufkrankungen verursacht, 25 % durch Krebs. Auf die Infektionskrankheiten entfallen gerade noch 5 %, und diese treffen zum Glück kaum mehr Kinder, meist sind dies Lungenentzündungen bei alten und kranken Menschen. An die Stelle der Infektionskrankheiten sind chronische Krankheiten getreten. In einer aktuellen Befragung des Statistischen Bundesamts gaben 37 % der Menschen in Deutschland an, an einer chronischen Erkrankung zu leiden. Dabei sind ältere Menschen häufiger betroffen. Bei den unter 25-Jährigen ist jeder 10. betroffen, bei den über 65-Jährigen zwei Drittel. Hinzu kommt, dass die Älteren oft von Multimorbidität betroffen sind, also mehrere Krankheiten gleichzeitig haben. Dies geht einher mit dem Problem der Polypharmazie, der Verabreichung vieler verschiedener Medikamente, die mitunter auch in Wechselwirkung treten.

Etwa 20 % der Menschen in Bayern leiden an einer Arthrose. Bei den über 65-Jährigen sind es sogar 43 %. Koronare Herzkrankheiten treten bei 7,1 % der Bevölkerung auf, bei den über 65-Jährigen bei 20 %. Rückenschmerzen, Krankschreibungsursache Nr. 1, haben 18 % der Bayern, bei den über 65-Jährigen sind es 26 %. Von Diabetes mellitus, der Zuckerkrankheit, sind 6,8 % der Bevölkerung betroffen, bei den über 65-Jährigen 16 %.

Schwerpunkt Diabetes

Deshalb ist Diabetes das Jahresschwerpunktthema Prävention des bayerischen Gesundheitsministeriums im Jahr 2014. Das Gesundheitsministerium wird dazu im Mai einen Gesundheitsbericht vorlegen, der erstmals für Bayern Daten zur Häufigkeit und Präventionsmöglichkeiten dieser Krankheit, ihren Risikofaktoren und ihrer Versorgung zusammenträgt. Zudem wird es mit vielen Partnern Gesundheitstage unter Moderation des öffentlichen Gesundheitsdienstes und Gesundheitsförderungsprojekte abhalten.

Im vergangenen Jahr war das Schwerpunktthema Krebs. Auch Krebs hat in vielen Fällen den Charakter einer chronischen Krankheit, da er aufgrund des medizinischen Fortschritts einen häufig verzögerten Verlauf zeigt. Mehr als 67.000 Krebsneuerkrankungen wurden im Jahr 2010 registriert, mindestens 350.000 Menschen in Bayern leben derzeit mit einer Krebserkrankung. Auch dazu hat das StMGP einen Gesundheitsbericht vorgelegt und mit vielen Aktionen und Gesundheitstagen 2013 auf Angebote der Prävention, Kuratation, Nachsorge und Selbsthilfe aufmerksam gemacht.

Eine der chronischen Krankheiten, die uns im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel seit langem beschäftigt, ist die Demenz. Etwa 180.000 Demenzerkrankte leben derzeit in Bayern, man geht davon aus, dass bei den über 90-Jährigen jeder Dritte betroffen ist – und die Zahl der Hochaltrigen nimmt deutlich zu.

Die Liste der chronischen Krankheiten in unserer Gesellschaft ließe sich beliebig

fortsetzen: Suchterkrankungen, Depressionen, AIDS sind einige von ihnen. Bei all diesen Krankheiten geht es oft nicht um „Heilung“, sondern häufiger geht es darum, ihr Fortschreiten zu verhindern oder zu verlangsamen, die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen des Alltags so gering wie möglich zu halten, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder, wenn sie eingetreten ist, gut zu organisieren. Und ganz wichtig: Leben mit einer Krankheit bedeutet auch, sich immer wieder mit der Krankheit auseinandersetzen zu müssen, Selbsthilfeangebote sind in dieser Situation für viele Betroffene extrem hilfreich, manchmal ein Überlebensmittel.

Vorausberechnungen zur Entwicklung der chronischen Erkrankungen

Schaut man in die Zukunft, so zeigen die Vorausberechnungen zur Entwicklung der chronischen Erkrankungen übereinstimmend, dass die Zahl der Menschen mit chronischen Erkrankungen demografiebedingt zunehmen wird. Bei Diabetes bis 2030 um 20 %, bei der Arthrose um 15 %, bei der Demenz sagen manche Fachleute sogar bis zu 50 % Zunahme bis 2030 voraus.

Das alles hat wichtige Konsequenzen für unser Gesundheitswesen. Es bedeutet z. B., dass die Anforderungen zur Zusammenarbeit im therapeutischen Bereich größer werden, weil neben der Medizin andere Professionen wichtiger werden. Es gilt mehr denn je, interdisziplinär zu arbeiten. Chronisch kranken Menschen möglichst viel Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen, ist keine rein ärztliche Aufgabe. Aber auch

die Ärzte untereinander müssen sich mehr abstimmen, nicht nur in der Betreuung multimorbider älterer Menschen. „Disease-Management-Programme“ können dabei die Patientenversorgung verbessern. Die Patienten selber müssen stärker einbezogen werden: Diabetes kann nur gut behandelt werden, wenn die Patienten mitmachen, wenn sie an Diabetes- und Hypertonie-Schulungen teilnehmen, um ein effektiveres Selbstmanagement zu erleben. Hier spielt die Selbsthilfe eine große Rolle.

Und natürlich werden Gesundheitsförderung und die Prävention immer wichtiger. Das bayerische Gesundheitsministerium unterstützt das mit der Gesundheitsinitiative „Gesund.Leben.Bayern.“, mit dem neu eingerichteten Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung am Landesamt für Gesundheit und – ganz neu, mit Runden Tischen zur Gesundheitsförderung vor Ort, für die wir die Anschubfinanzierung leisten. Und wir werden auf Bundesebene die Bemühungen um ein Präventionsgesetz unterstützen und dabei auf die Einhaltung regionaler Gestaltungspielräume achten.

Erwerbsminderungsrente

Die Prognose zur zukünftigen Häufigkeit von chronischen Krankheiten lässt mich zu einem anderen Thema kommen: der Erwerbsminderungsrente. Dadurch, dass in Zukunft voraussichtlich mehr Menschen, und vermutlich insbesondere Menschen mit Behinderung, nicht bis zum normalen Renteneintrittsalter werden arbeiten können, wird es künftig mehr Bezahler einer Erwerbsminderungsrente geben als heute.

Die Bundesregierung hat aktuell einen Entwurf für ein Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung (kurz: RV-Leistungsverbesserungsgesetz) vorgelegt, der deshalb auch Verbesserungen für Erwerbsminderungsrentner enthält. Bereits vor der Bundestagswahl bestand hier parteiübergreifend Konsens über Handlungsbedarf. In den Koalitionsvertrag von Union und SPD wurden entsprechende Festlegungen aufgenommen.

Es geht hierbei zum einen um eine Verlängerung der sogenannten Zurechnungszeit, um zwei Jahre von 60 auf 62 Jahre, und zum anderen um eine Verbesserung der Bewertung der Entgelte der letzten vier Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung, falls diese Entgelte z. B. krankheitsbedingt niedriger ausfallen.

Diese vorgesehenen Verbesserungen für Erwerbsgeminderte sind dringend notwendig, da deren Renten hinter der Entwicklung der Altersrenten zurückgeblieben sind, und Erwerbsgeminderte sich schwer tun, das weiter absinkende Rentenniveau durch private Vorsorge auszugleichen.

Barrierefreiheit Bayern

Für uns alle ist ein besonders wichtiges gesellschaftspolitisches Thema das Thema „Barrierefreiheit“. Barrierefreiheit in allen Lebensbereichen ist heutzutage entscheidend und ein absolutes Muss für die Teilhabe und ein selbstbestimmtes Leben von Menschen mit Behinderung sowie für die Umsetzung von Inklusion im Sinne der UN-BRK. Und das nicht nur für Menschen mit Behinderung!

Dabei geht es um den Abbau nicht nur von baulichen Barrieren, sondern auch von Barrieren für sinnesbehinderte, geistig oder psychisch behinderte Menschen. Barrierefreiheit ist deshalb nicht identisch mit „rollstuhlgerecht“. Denn es umfasst gerade nicht nur die physischen Barrieren wie Treppen, schmale Gänge und Türen oder hohe Bordsteinkanten. Vielmehr bezieht sich Barrierefreiheit auch auf kommunikative Schranken, denen beispielsweise hörbehinderte Menschen ausgesetzt sind, wenn Gebärdensprachdolmetscher fehlen, Untertitelungen von Filmen fehlen oder bei Hörgeräteträgern, wenn Induktionsanlagen fehlen. Dagegen erleben blinde und sehbehinderte Menschen Einschränkungen bei z. B. fehlenden taktilen Kanten an den Bahngleisen. Ferner sind die besonderen Belange seelischer und geistiger sowie lernbehinderter Menschen umfasst. Diesen kann etwa durch das Anbringen von technischen Hilfsmitteln wie Piktogrammen oder durch die Darstellung von Texten in Leichter Sprache entsprochen werden.

Die Barrierefreiheit in allen Lebensbereichen ist seit vielen Jahren ein Schwerpunkt bayerischer Politik für Menschen mit Behinderung. Die barrierefreie bauliche Gestaltung von öffentlichen Gebäuden oder die Verbesserung der barrierefreien Kommunikation insbesondere für hörbehinderte Menschen oder der Ausbau der barrierefreien Angebote in der Tourismusbranche sind Beispiele für diese Politik.

Sonderinvestitionsprogramm „Bayern barrierefrei 2012“

Um der Forderung nach Barrierefreiheit in

allen Lebensbereichen Nachdruck zu verleihen, wird Bayern das Programm „Bayern barrierefrei 2023“ ins Leben rufen.

Jede und Jeder gehört dazu. Bayern ist Antwort der Menschen mit Behinderung. Wir wollen in dieser Legislaturperiode auf dem Weg zur inklusiven Gesellschaft weiter vorankommen – im Bund und in Bayern.

Unser Herr Ministerpräsident hat in seiner Regierungserklärung vom 12. November 2013 das ehrgeizige Ziel vorgegeben, Bayern bis 2023 barrierefrei zu machen. Dazu wird die bayerische Staatsregierung ein Sonderinvestitionsprogramm „Bayern barrierefrei 2023“ auflegen. Unsere Vision ist echte Barrierefreiheit im gesamten öffentlichen Raum: im ÖPNV, auf unseren Straßen und Plätzen, aber auch bei Zugängen beispielsweise zu Rathäusern, Kindertageseinrichtungen, Schulen, Volkshochschulen, Freizeit, Kultur- und Sportangeboten wie Sportstätten, Schwimmbäder, Theater und Museen und andere öffentliche Räume wie Krankenhäuser, Altenheime oder Mehrgenerationenhäuser.

Ich bin der festen Überzeugung: Wenn Gemeinden, Städte, Landkreise und Freistaat gemeinsam anpacken, dann schaffen wir das. Die Anstrengung lohnt sich. Denn von Barrierefreiheit profitieren alle: Menschen mit Behinderung, aber auch Ältere und Familien.

Zur Umsetzung des Sonderinvestitionsprogramms beabsichtigen wir als ersten Schritt eine interministerielle Arbeitsgruppe ins Leben zu rufen, um die Handlungsfelder und den konkreten Bedarf zu erarbeiten. Die Arbeitsgruppe soll durch Experten,

auch aus dem Bereich der Freien Wohlfahrtspflege Bayern, ergänzt werden. Sie sehen, es tut sich auch in Zukunft einiges in Bayern im sozialpolitischen Bereich.

Der VdK war in der Vergangenheit bereits ein zuverlässiger Partner der Politik. Ich wünsche mir, dass Sie auch weiterhin als Berater in sozialen Fragen zur Verfügung stehen und dort tätig werden, wo die Möglichkeiten des Staates bereits ausgeschöpft sind.

Für die jahrzehntelange vertrauensvolle Zusammenarbeit und Ihren unermüdlichen Einsatz darf ich mich, auch im Namen der Bayerischen Staatsregierung, herzlich bedanken. Ich bin zuversichtlich, dass es uns gemeinsam gelingen wird, Bayern weiterhin menschlich und sozial zu gestalten!

Andreas Knipping

Richter am Sozialgericht München

Leichte Arbeiten 6 Stunden – die Begutachtung im Erwerbsminderungsverfahren

Oft tragisch, aber sozialrechtlich lösbar: der gesundheitliche Einzelfall

Man würde wohlfeile Vorurteile bedienen, wollte man den Rentenversicherungsträgern bzw. ihren ärztlichen Gutachtern generell vorwerfen, eine zeitliche Absenkung des Leistungsvermögens als Voraussetzung zu einer Rente wegen Erwerbsminderung erst anzuerkennen, wenn Antragstellerin oder Antragsteller sprichwörtlich „mit dem Kopf unter dem Arm daherkommt“. In meiner sieben Jahre währenden Tätigkeit in der damaligen LVA Oberbayern habe ich jeden Tag ein paar Mal nach ärztlicher Vorgabe das Kreuzchen im Formblatt bei der Bejahung von Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit (nach seinerzeitiger Rechtslage) gesetzt.

Anlässe für eine solche Einschätzung waren damals und sind heute Krebserkrankungen (mit Ausnahme allenfalls von ambulant therapierbaren Formen oberflächlichen Hautkrebses), schwere Unfälle, ausgedehnte Herzinfarkte, fortgeschrittene entzündlich-rheumatische Erkrankungen, schwer einstellbarer Diabetes mit diversen Folgeschäden, sonstige Autoimmunkrankheiten wie die



entzündlichen Darmleiden, Spätstadien von Suchterkrankungen und die zum Glück seltenen schicksalhaft voranschreitenden Systemerkrankungen. Die Beschäftigung mit solchen Fällen war manchmal bedrückend. Immer wieder musste ich dieselbe Akte nach ein paar Monaten oder Jahren wieder in die Hand nehmen, um Bescheide über Hinterbliebenenrenten abzuzeichnen.

Damals wie heute ist für Fälle der Ablehnung einer Erwerbsminderungsrente per Bescheid oder schließlich Widerspruchsbescheid anzunehmen, dass ein nennenswerter Teil der Antragstellerinnen und Antragsteller mehr oder weniger motiviert oder schicksalsergeben im Erwerbsleben bleibt oder in irgendeiner Weise wieder dorthin zurückfindet. Nicht zu vernachlässigen sind allerdings auch Fälle, in denen ein Ausstieg aus der Berufstätigkeit längst beschlossen ist und einfach einmal der Versuch gewagt

wurde, diesen Ausstieg mit gesundheitlicher Argumentation finanziell abzurunden.

Die Probleme beginnen, wenn sich die gesundheitliche Situation nicht so eindeutig in Richtung Rente oder dagegen darstellt.

Falsche Vorstellung des Gesetzgebers: lineare Absenkung des Leistungsvermögens von 6 bis 0 Stunden

Das Gesetz macht es uns nicht einfach. Ärzte und Juristen haben mit der Anwendung des maßgeblichen § 43 Abs. 1 S. 2, Abs. 2 S. 2-3 und Abs. 3 SGB VI große Probleme und müssen genauso wie bei der Anwendung der zuvor geltenden §§ 1246 und 1247 RVO notgedrungen ziemlich gesetzefern arbeiten. Eine gesundheitlich bedingte Leistungsminderung bildet sich nämlich eher selten in der vom Gesetz angenommenen linearen Absenkung der in Stunden bemessenen täglichen Arbeitszeit ab. Neben der

- reduzierten Fähigkeit zum **Durchhalten des Arbeitstages** bis zu den (in der betrieblichen Wirklichkeit irrealen!) sechs Stunden insbesondere im Kampf gegen Ermüdung und Erschöpfung sind Barrieren schon
- gegen den **Beginn eines Arbeitstages** oder sogar schon
- gegen das in der gesamten Persönlichkeit überhaupt mobilisierbare und von der Familie gestützte **Konzept einer regelmäßigen, verlässlichen, typischerweise in irgendeiner Gruppe oder irgendeinem betrieblichen Zusammenhang zu erbringenden wirtschaftlich relevanten Leistung**

wahrscheinlich von größerer Bedeutung. In der Beantwortung der Frage nach „unter 3 Stunden“ oder „3 bis unter 6 Stunden“ oder „6 Stunden“ täglichen Leistungsvermö-

gens muss der routinierte Sachverständige automatisch auch die Fragen der Vorstellungbarkeit überhaupt irgendeiner Bewerbung, einer Konkurrenzfähigkeit am Arbeitsmarkt oder des regelmäßigen Beginns eines Arbeitstages mehr oder weniger stillschweigend mit unterbringen.

Illusion Teilzeit für Leistungsgeminderte

Die im Gesetz von 2001 mit der Konstruktion der teilweisen Erwerbsminderung verkörperte Erwartung, dass leistungsgeminderte Arbeitnehmer planmäßig auf Teilzeit übergehen und das Einkommensdefizit mit der „halben Rente“ ausgleichen, konnte sich überhaupt nicht mit Leben erfüllen. Die/der teilweise Erwerbsgeminderte wird mit nahezu vollkommener Automatik mangels Vermittelbarkeit auf dem Arbeitsmarkt als voll erwerbsgemindert betrachtet und be- rentet, während die in der gesamten Volkswirtschaft vorhandenen und heiß begehrten Teilzeitarbeitsplätze zwischen hinzuerdienenden Studenten, Müttern und Hausfrauen, im Zweitjob tätigen Arbeitnehmern, Beamten und Selbstständigen jeweils mit voller Gesundheit sowie rüstigen Rentnern aufgeteilt sind.

Nicht befriedigend lösbar: das Massenphänomen Ausgrenzung

Wenn ein Verfahren um Erwerbsminderung das Stadium der gerichtlichen Auseinandersetzung erreicht, ist in aller Regel eine Problematik erkennbar, die über eine individuelle, gesundheitlich bedingte, zeitlich messbare Einschränkung der Arbeitskraft hinausreicht. Vergleichbar mit Fragen der jugendlichen Gewaltkriminalität in bestimm-

ten problematischen Stadtvierteln oder des Aufenthaltsrechts von Migranten gerät eine Gerichtsbarkeit stets an die Grenzen ihrer Möglichkeiten, wenn sie mit ein gesellschaftliches Problem lösen soll, indem sie Vorschriften anwendet, die eigentlich dem als Ausnahme definierten Einzelfall gewidmet sind.

Uns begegnet eine Hochrisikogruppe für eine nicht nur gesundheitlich, sondern auch sozial, ökonomisch und kulturell zu definierende Ausgrenzung aus Erwerbsleben, finanzieller Sicherheit, Wohlstand, Erfolgserlebnis, beruflicher Kommunikation, gesundheitsfördernder Lebenssituation und gesellschaftlicher Relevanz aus langjähriger gerichtlicher Erfahrung.

Schwer vermittelbar, psychisch verständlicherweise labil, sozial vereinsamt, gesundheitlich gefährdet, vermehrt suchtanfällig, auf Krankheitssymptome fixiert und kaum mehr auf äußerlich messbaren Erfolg im freien Wettbewerb einstellbar ist, wer

- beruflich gering qualifiziert ist,
- seinen Platz in der Welt vorrangig über körperliche Kraft gesucht und gefunden hatte,
- sprachlich mangelhaft integriert ist,
- etwa das 47. Lebensjahr überschritten hat
- aufgrund einer objektiv nicht unbedingt dramatischen degenerativen Entwicklung **die gewohnte körperliche Leistung nicht mehr erbringen kann**
- und über nur schwache zum Ausgleich heranziehbare Ressourcen aus Familie, Bildung, Religion, Sport, politischem Engagement, Vereinstätigkeit usw. verfügt.

Die orthopädische oder internistische Zuschreibung eines Leistungsvermögens für „leichte bis mittelschwere Arbeiten im Umfang von täglich sechs Stunden aus wechselnder Ausgangslage ohne ständiges Heben und Tragen schwerer Lasten vorwiegend in geschlossenen Räumen“ bleibt völlig abstrakt, wenn es sich um einen Versicherten handelt,

- der noch nie im Leben einen Computer bedient hat,
- keinen Führerschein hat,
- nicht gut Deutsch spricht und noch weniger Deutsch schreibt,
- mit Rechtschreibung und Kopfrechnen auf Kriegsfuß steht,
- kommunikative und kommerzielle Fähigkeiten nie jenseits von Baustelle oder Putzkolonie trainiert hat
- und dem künftigen Arbeitgeber mit einem Schwerbehindertenausweis seine begrenzte Leistungsfähigkeit von vornherein nachweist.

Die aus der betrieblichen Wirklichkeit kommenden ehrenamtlichen Richter sind meine besten Zeugen für die Skepsis bezüglich einer Rückkehr von Personen mit solchen Defiziten ins Arbeitsleben.

Wir können die Ausgrenzung eines älteren, schlecht ausgebildeten und weniger leistungsfähigen Teiles der Bevölkerung aus dem Erwerbsleben mit den Begriffen der Marktwirtschaft erklären oder mit den Begriffen der Kapitalismuskritik anprangern; ein plausibles Konzept zur Lösung wurde bisher nicht vorgeschlagen und kann verständlicherweise auf der Ebene des gerichtlichen Erwerbsminderungsprozesses und der ihm zuarbeitenden ärztlichen Begutachtung nicht

gefunden werden. Die Rentenkläger sind innerhalb dieser Gesamtproblematik nur eine Fraktion des letztlich mit „Hartz IV“ umrissenen Millionenheeres.

Wenig hilft die arbeitsmarkthistorische Nostalgie. Schon seit Jahrzehnten gibt es nicht mehr den Brotzeitholer, die Verpackerin von kunstgewerblichen Artikeln, den Aufwärmer in der Werkstätte, die Papierkorbausleererin im Büro und den Hirten von ein paar Ziegen oder Gänsen in der Landwirtschaft. Die Entlohnung und den sozialen Rand solcher Tätigkeiten wünscht sich in Zeiten des Mindestlohns heute aber auch niemand zurück.

Verlagerung der Begutachtungspraxis zur Psychiatrie

Der psychische und psychosomatische Anteil an der Beeinträchtigung der vorstehend charakterisierten Klägerinnen und Kläger ist verständlicherweise sehr groß. Für die Entstehung einer Depression kennt die Medizin die verschiedensten „Modelle“. Eines davon ist unumstritten auch der Verlust von sinngebender, zeitfüllender und energieabschöpfender Beschäftigung. Die nicht mehr in körperliche Arbeit umgesetzte reichhaltige Ernährung, der aus Jahrzehnten schweißtreibender und staubbelasteter Tätigkeiten beibehaltene Bierkonsum, die mangelnde Anwendung vorhandener Muskelkraft, die Auflösung der Tagesstruktur mangels äußerer Vorgaben führen zu vielfältigen Störungen im Hormon- und Enzymhaushalt.

Wer wirtschaftlichen Erfolg, sportliche Selbstbestätigung und sexuelle Attraktivität in jüngeren Jahren über körperliche Kraft er-

lebt hat, ist besonders anfällig dafür, seinen allgemeinen Niedergang als körperlichen Schmerz auszudrücken und wahrzunehmen. Je weniger die Fähigkeit trainiert wurde, eigene Wünsche und Bedürfnisse verbal zu artikulieren, im sozialen Zusammenhang zu diskutieren oder mit eigenen Kompetenzen selbst zu erfüllen, umso größer ist das Risiko der heute vielfach diagnostizierten und quantifizierten Schmerzerkrankung. Anfällig hierfür sind Frauen mehr als Männer, Migranten mehr als Einheimische, schlecht Qualifizierte mehr als gut Qualifizierte.

Mit diesem ungeschriebenen langen Vorwort schicken wir jede einzelne Klägerin und jeden einzelnen Kläger zum ärztlichen Gutachter. Dass dies zu einem immer größeren Teil psychiatrische Gutachten sind, kann nicht überraschen. 1998 gehörten 28 % der von mir eingeholten Gutachten zu diesem Fachgebiet, 2004 waren es 38 %. Zwischen 01.07.2013 und 23.01.2014 habe ich 41 Erwerbsminderungsfälle erledigt, davon 32 unter Einschaltung jedenfalls auch psychiatrischer Gutachten.

Diese Entwicklung führe ich weit weniger auf die Erhöhung von Leistungsanforderung und Stress im Arbeitsleben zurück als vielmehr auf die verschärfte Wahrnehmung der psychosozialen Problematik von Menschen, die man mit ihren chronischen Schmerzen noch vor 15 Jahren mit größter Selbstverständlichkeit zum orthopädischen Gutachten geschickt hat.

Der Psychiater als sozialrechtlicher Weichensteller

Dem Nervenarzt kommt die letztlich wenig

befriedigende Aufgabe zu, innerhalb der skizzierten Problemgruppe nach Maßstäben, insbesondere

- der eingetretenen Kombination von Depressionen, Schmerzen und Ängsten,
- der Chronifizierung dieser Zustandsbilder,
- des Zusammentreffens psychischer Probleme mit nennenswerten körperlichen Erkrankungen,
- der nachgewiesenen Erfolglosigkeit von Therapieversuchen
- und der Fähigkeit zu einer Neuorientierung

letztlich die Gnade des Ausscheidens aus der Spirale der Bewerbungen, der Vorwürfe des Jobcenters, der ärztlichen Ratschläge und der Reha-Maßnahmen in Richtung Rente zu gewähren.

Anders als oft vermutet wählen die Sozialgerichte keineswegs nur knallharte Gutachter aus, die diesen Ausweg niemals gewähren. Dagegen spricht schon die schlichte Logik der gerichtlichen Arbeitssituation. Das „positive“ Gutachten öffnet den Weg zum streitbeendenden Vergleich, für dessen Vermittlung Kläger und Klägerin dem Richter dankbar sind. Das „negative“ Gutachten hingegen birgt die Risiken erregter Diskussionen im Sitzungssaal und des anschließenden Absetzens eines langen Urteils.

Dennoch können die Sozialgerichte nicht etwa dafür werben, das Problem der generalisierten Ausgrenzung mit einer durchgängigen Abmilderung der Begutachtungsmaßstäbe auf der Basis psychosozialer Sensibilität zu lösen. Glücklicherweise wird nämlich der depressive Schmerzpatient mit seinen gerade einmal 52 oder 55 Jahren

auf dem gesellschaftlichen Abstellgleis auch dann nicht, wenn ihm die größte finanzielle Sorge mit der Rente genommen ist. Langeweile und Inhaltlosigkeit des Lebens und nach vielfacher wissenschaftlicher Erkenntnis auch die Schmerzen bleiben diesem Kläger. Die Rente ist nach früherer Inanspruchnahme nicht so hoch, dass „anstrengungsloser Wohlstand“ von Schmerzen und Schlafstörungen ablenken könnte. Die Lebenserwartung der früh in Rente gegangenen Menschen ist markant verkürzt.

Die viel geschmähten Hartz-Reformen verwerfen jedenfalls die sozialpsychologische Erkenntnis, dass **irgendetwas zu arbeiten** auf jeden Fall besser ist als daheim zu sitzen. Auch der Ein-Euro-Job erhält Tagesstrukturen, schafft Kontakte, vermittelt Erfolgserlebnisse.

Auswege?

Gäbe es Patentrezepte zur Lösung des geschilderten Problemkomplexes, wären sie längst formuliert und verwirklicht worden. Erfreulicherweise wird ein scheinbarer Ausweg heute seltener gewiesen: die Warteschleife nutzloser medizinischer Rehabilitation für Menschen, bei denen „es“ für die Arbeit nicht mehr und für die Rente noch nicht reicht, hat in Zeiten einer stringenten Erfolgskontrolle der Reha-Kliniken ausgedient. Für ein Heilverfahren wird heute eine sehr viel schärfere Indikation verlangt als das vor zwei Jahrzehnten genügende „schaden kann es ja nicht“ oder „vielleicht merken die wenigstens, wie schlecht es mir geht“.

Reformbedarf sehe ich am ehesten im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am

Arbeitsleben. Die Aufspaltung der Zuständigkeiten jedenfalls zwischen Arbeitsagentur und Rentenversicherung erscheint willkürlich. Für die von Langzeitarbeitslosigkeit gefährdeten, gesundheitlich angeschlagenen und gesellschaftlich schwach integrierten Menschen müsste es eine Art „Runden Tisch“ geben, an dem berufsberatende, ärztliche und psychologische Kompetenz, Zuständigkeiten für Bildungsmaßnahmen aller Art sowie Fachkenntnis für Migranteprobleme versammelt sind und gemeinsam mit den von Ausgrenzung bedrohten Frauen und Männern nach Hilfestellungen suchen. Heute fast vergessen ist, dass das mit der viel geschmähten „Hartz IV“-Reform geschaffene Jobcenter eigentlich als ein solcher „Runder Tisch“ konzipiert war, von dem aus jeder denkbare Weg in Vollzeit oder Teilzeit, Existenzgründung oder Ein-Euro-Job, Eingliederungsmaßnahme oder Umschulung gewiesen werden sollte.

Wenn ich anfangs den Beginn des Risikoalters mit 47 beziffert habe, und die Altersrente uns künftig die obere Grenze mit 67 beziffert, haben wir es mit nicht weniger als zwanzig Altersjahrgängen zu tun, insgesamt mit Millionen Menschen.

Das sehr teure Rentenkonzept der neuen Bundesregierung lässt leider jeden innovativen Ansatz sowohl bei der Erfassung moderner beruflicher Wirklichkeit auf der Seite der Versicherungspflicht und der Beitragszahlung als auch auf der Seite der Leistungen für Rehabilitation und Rente vermissen.

Die Rente mit 63 schlägt innerhalb der von mir skizzierten Problemgruppe eine

Schneise nur zu Gunsten von Versicherten, die typischerweise durch privilegierte Umstände die sehr lange Versicherungsdauer von 45 Jahren erreichen konnten. Dem Erwerbsminderungsprekariat mit 58 oder mit 53 hilft diese Reform nicht.

Prof. Dr. Richard Hauser

Goethe-Universität Frankfurt am
Main

Erwerbsminderung – ein erhebliches Armutsrisiko?

1. Zur Einführung

„Die Stärke des Volkes misst sich am Wohl der Schwachen.“ Dieses Zitat stammt aus der Präambel der Verfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. Es könnte auch als Richtschnur für den deutschen Sozialstaat gelten.

In einer sozialen Marktwirtschaft beruht die Existenz für den ganz überwiegenden Teil der Bevölkerung in der mittleren Lebensphase auf Erwerbsarbeit. Aus dem Lohneinkommen oder dem Selbständigen-einkommen wird die Familie unterhalten, es werden Reserven für die Wechselfälle des Lebens gebildet, und es wird für das Alter vorgesorgt. Darüber hinaus werden aus dem Bruttoeinkommen die Steuern und die Beiträge für das System der sozialen Sicherung aufgebracht. Nur ein sehr kleiner Teil der Bevölkerung kann – nach Abzug der Steuern und Abgaben – ausschließlich von den Erträgen des akkumulierten Vermögens leben.¹ Mangelnde Erwerbsfähigkeit, d. h. teilweise oder vollständige Erwerbsminderung², wird daher als soziales Risiko betrachtet, das abgesichert werden muss. Dabei kann man zusätzlich nach den Ursachen der Erwerbsminderung unterscheiden, die im beruflichen oder im privaten Bereich liegen können. Es können Berufsunfälle oder chronische Berufskrankheiten sein, aber auch Unfälle und chronische Krankheiten, die nicht mit der Berufstätigkeit zusammenhängen; schließlich gibt es angeborene oder in früher Jugend eingetretene Erwerbsminderung.



Erwerbsminderung hat aber eine zweite Seite. Sie führt nicht nur zu einer Einschränkung der Möglichkeiten, Einkommen zu erzielen, sondern sie bedeutet auch eine Beeinträchtigung der Lebensqualität, die sich sogar in einer im Durchschnitt geringeren Lebenserwartung von

Erwerbsminderung hat aber eine zweite Seite. Sie führt nicht nur zu einer Einschränkung der Möglichkeiten, Einkommen zu erzielen, sondern sie bedeutet auch eine Beeinträchtigung der Lebensqualität, die sich sogar in einer im Durchschnitt geringeren Lebenserwartung von

¹ Vgl. Frick/Grabka/Hauser (2010) sowie Bach/Beznoska/Steiner (2011).

² Der Begriff „Erwerbsminderung“ wird in diesem Beitrag hier als Oberbegriff für „teilweise oder vollständige Erwerbsunfähigkeit“ und für „Berufsunfähigkeit“ gebraucht.

Erwerbsgeminderten niederschlägt.³ Dabei ist eine Erwerbsminderung häufig auch mit einer Behinderung verbunden, aber diese beiden Beeinträchtigungen der Lebensqualität sind nicht deckungsgleich. Erwerbsminderung stellt eines von mehreren sozialen Risiken dar, die auch als soziale Schutztatbestände bezeichnet werden. Hier muss die Sozialpolitik eingreifen.

Die Instrumente hierzu sind:

- die Vermeidung von Erwerbsminderung durch Präventionsmaßnahmen; dies ist vor allem die Aufgabe der Berufsgenossenschaften;
- Maßnahmen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt durch Rehabilitationsmaßnahmen der Gesetzlichen Unfallversicherung, der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Gesetzlichen Rentenversicherung;
- Ausgleich der besonderen Bedarfe, die bei Risikoeintritt entstehen;
- Arbeitseinkommensersatz durch Erwerbsminderungsrenten und Unfallrenten.

Damit sind bei unserem Thema „Erwerbsminderung – ein erhebliches Armutsrisiko?“ sechs Fragen zu beantworten:

1. In welchem Ausmaß ist die Bevölkerung von Erwerbsminderung betroffen?
2. Bei welchen Bevölkerungsgruppen sind Erwerbsminderungsrisiken sozial abgesichert?
3. Wie hoch ist die soziale Absicherung

³ Wie eine Schätzung von Edgar Kruse, Deutsche Rentenversicherung Bund, zeigt, liegt die fernere Lebenserwartung im Alter von 65 bei Erwerbsminderungsrentnern um ca. 3,86 Jahre und bei Erwerbsminderungsrentnerinnen um ca. 3,2 Jahre niedriger als die jeweilige Lebenserwartung von normalen Altersrentnern.

gegen Erwerbsminderungsrisiken?

4. Werden die über die individuelle Betroffenheit in der Erwerbsphase hinausreichenden Auswirkungen prinzipiell abgesichert?
5. Ist die Absicherung ausreichend, um wenigstens für alle Abgesicherten und ihre Familienmitglieder Armut zu vermeiden?
6. Welche Verbesserungen sieht das gerade im Gesetzgebungsprozess befindliche Rentenpaket⁴ für Erwerbsminderungsrentner vor, und wie sind diese Vorschläge im Hinblick auf die Vermeidung von Armut zu beurteilen?

2. Zum Umfang von Erwerbsminderung in Deutschland

Das Risiko einer Erwerbsminderung im beruflichen Bereich infolge eines Berufsunfalls oder einer Berufskrankheit und im privaten Bereich infolge des Eintritts eines körperlichen Schadens oder einer chronischen Krankheit wird von unterschiedlichen Versicherungszweigen nach unterschiedlichen Kriterien festgestellt. Wie groß ist nun der Kreis der von einer Erwerbsminderung betroffenen Personen und welche Sozialleistungen fließen ihnen zu?

- (1) Im Jahr 2011 gab es knapp 1 Mio. Unfall- und Hinterbliebenenrenten der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV); sie laufen bis zum Tod des Versicherten bzw. der Hinterbliebenen.⁵

⁴ Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung“ vom 27.1.2014.

⁵ Angabe auf Basis eines downloads von www.destatis.de.

(2) Am Jahresende 2012 gab es über 1,6 Mio. laufende Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) für Personen unter 65 Jahren. Da derartige Renten bei Erreichen der Altersgrenze in Altersrenten umgewandelt werden, aber ihr Ursprung aus einer Erwerbsminderungsrente statistisch nicht festgehalten wurde, ist die Gesamtzahl aller auf einer Erwerbsminderung beruhenden Versichertenrenten der GRV nicht genau bekannt. Es ist daher eine Schätzung erforderlich, die auf Basis der neuen Rentenzugänge eines Jahres erfolgen muss. Der Anteil der EM-Rentenzugänge an allen Rentenzugängen von Versichertenrenten des Jahres 2012 lag bei 25,9 %.⁶

Erwerbsminderungsrentner weisen allerdings eine um etwa ein Fünftel geringere fernere Lebenserwartung als normale Altersrentner auf, so dass ihr Anteil am Rentenbestand geringer sein muss als beim Rentenzugang. Schätzt man unter Beachtung der niedrigeren Lebenserwartung von Erwerbsminderungsrentnern in der GRV, dass der Anteil der auf eine frühere Erwerbsminderungsrente zurückgehenden Altersrenten von Versicherten ca. 20 % beträgt, so kommt man bei einem Bestand an Versichertenrenten wegen Alters im Jahr 2012 von ca. 17,7 Mio. zu einer Anzahl von etwa 3,5 Mio.

Hinzu kommen noch die aus ursprünglichen Erwerbsminderungsrenten von Versicherten abgeleiteten Hinterbliebenenrenten von ca.

1,5 Mio.⁷, so dass unter den Renten wegen Alters und wegen Todes etwa 5 Mio. auf einer Erwerbsminderung beruhen dürften. Nimmt man die laufenden EM-Renten für Personen unter 65 hinzu (knapp 1,7 Mio.), so ergibt sich eine Gesamtzahl von etwa 6,7 Mio. Renten, die das Ausmaß der durch die Gesetzliche Rentenversicherung abgesicherten Erwerbsminderung kennzeichnen. Dies ist über ein Viertel des gesamten Rentenbestandes von etwa 25,1 Mio.

Wie groß der Anteil der von einer Erwerbsminderung Betroffenen in der Gesamtbevölkerung ist, lässt sich aus zwei Gründen nicht beziffern: Erstens ist nicht bekannt, wie viele Fälle von Erwerbsminderung es bei Personen gibt, die nicht von den Sozialversicherungen abgedeckt werden. Zweitens ist nicht bekannt, wie groß die Überlappungsbereiche zwischen den von den verschiedenen Sozialleistungsträgern abgesicherten Erwerbsminderungsfällen sind.

Diesen zahlenmäßigen Überblick kann man dahingehend zusammenfassen, dass vorzeitige Erwerbsminderung einen gewichtigen Teil der Bevölkerung betrifft. Diese Betroffenen sind zu den in der Öffentlichkeit und in der Politik zu wenig beachteten Schwachen in der Gesellschaft zu rechnen.

⁶ Deutsche Rentenversicherung Bund, Rentenversicherung in Zahlen 2013, Berlin 2013.

⁷ Bei der Schätzung der Anzahl der auf einer ursprünglichen Erwerbsminderung beruhenden Hinterbliebenenrenten wird die gleiche Quote wie bei den Rentenzugängen von 25,9 % verwendet, da trotz der geringeren ferneren Lebenserwartung der erwerbsgeminderten Versicherten der Anteil ihrer Hinterbliebenen nur etwas höher sein dürfte. Außerdem gibt es noch Erwerbsminderungsrenten, die wegen Einkommensanrechnung nicht gezahlt wurden (Nullfälle). Ich danke Edgar Kruse, Deutsche Rentenversicherung Bund, für diese Informationen und weitere wertvolle Hinweise.

3. Ursachen und Deckungsgrad

Wenn man die ganze Bevölkerung in den Blick nimmt, dann stellt sich die Absicherung des sozialen Risikos der Erwerbsminderung in Deutschland sehr differenziert, aber auch lückenhaft dar. Eine erste grundlegende Unterscheidung besteht im Hinblick auf die Ursachen einer Erwerbsminderung. Sie können entweder im Bereich der Erwerbsarbeit oder im privaten Bereich liegen.

Die folgende Tabelle 1a bezieht sich auf das Risiko eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit. Die Angaben kennzeichnen nur den Zeitpunkt des Risikoeintritts. Für dieses Risiko sind die Gesetzliche Unfallversicherung, subsidiär die Gesetzliche Rentenversicherung und als unterstes Auffangnetz die Mindestsicherungsregelungen gemäß SGB II (Arbeitslosengeld II) und XII (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) zuständig. Geschützt sind unselbstständig Beschäftigte, Landwirte, Kleinunternehmer und mithelfende Familienangehörige sowie Kinder und Jugendliche in Betreuung- und Ausbildungsinstitutionen.⁸ Ebenso sind Beamte abgesichert. Bei Selbstständigen, die als Pflichtmitglieder einem berufsständischen Versorgungswerks angehören, kann das Risiko der Berufsunfähigkeit ebenfalls abgesi-

chert sein.⁹ Genaueres ist nicht bekannt. Für die meisten Unternehmer und Selbstständigen gibt es aber bei einer Erwerbsminderung, die auf diesem Ursachenkomplex beruht, keine gesetzlich gewährleistete Absicherung. Sie müssen sich privat gegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit versichern. Als unterstes Auffangnetz dient die Bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, die bei einem das sozio-kulturelle Existenzminimum unterschreitenden Einkommen der Bedarfsgemeinschaft des/der von einem Berufsunfall oder einer Berufskrankheit dauerhaft Betroffenen einkommensabhängige aufstockende Leistungen gewährt.¹⁰

Ein Risikofall wirkt sich aber nicht nur in der Erwerbsphase des Betroffenen aus, sondern er berührt alle folgenden Lebensphasen einschließlich der im Todesfall Hinterbliebenen. Daher sind diese Phasen in den Tabellen 1a und 1b ebenfalls aufgeführt. Auch wenn in diesen ferneren Lebensphasen keine Absicherung gegen einen weiteren Risikofall besteht – daher das Nein in den Spalten – laufen die wegen eines Risikofalls in der mittleren Lebensphase gewährten Renten doch weiter. Sie sind aber typischerweise niedriger als das entgangene Erwerbseinkommen bzw. die darauf beruhenden Altersrenten. Damit wird auch deutlich, dass allein eine Betrachtung der mittleren Lebensphase jener Personen und ihrer Familien, die in dieser Periode eine Erwerbsminderung aufgrund eines Berufsunfalls oder einer Be-

8 Einige weitere Personengruppen sind ebenfalls geschützt: Personen, die im Interesse des Gemeinwohls tätig werden, Lernende während der beruflichen Aus- und Fortbildung, Personen, die im Rahmen der Selbsthilfe beim Hausbau tätig werden, Pflegepersonen, ungeborene Kinder bei einem Arbeitsunfall/Berufskrankheit der Mutter, Kindergartenkinder, Schüler und Studenten, freiwillig Versicherte. Für Einzelheiten vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2012), S. 542-545.

9 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2012), S. 817-827.

10 Wird Betroffenen zunächst nur eine befristete Erwerbsminderungsrente gewährt, so ist die Bundesagentur für Arbeit als Träger des Arbeitslosengeldes II zuständig.

rufkrankheit erfahren haben, nur einen Teil der Auswirkungen des sozialen Risikos dieser Erwerbsminderung beleuchtet. Grundsätzlich müssen die von einer beruflichen Erwerbsminderung Betroffenen einschließlich ihrer Familienmitglieder und Hinterbliebenen über den gesamten fernerer Lebenslauf in den

Blick genommen werden. Um die Auswirkungen einer Erwerbsminderung und der darauf bezogenen sozialen Absicherung vollständig zu erfassen, ist daher im Prinzip der Vergleich mit einer gleichartigen Gruppe, die nicht von einer Erwerbsminderung betroffen war, in allen ihren Lebensphasen erforderlich.

Tabelle 1a: Absicherung des sozialen Risikos einer Erwerbsminderung nach Ursachen, Sicherungseinrichtungen und Personengruppen, bezogen auf den Eintrittszeitpunkt

Ursache der Erwerbsminderung./Sicherungsinstitution/Personengruppen	Kinder- und Jugendphase 0-18 Jahre	Mittlere Lebensphase 19- 64 Jahre	Ruhestandsphase 65 und älter	Nachwirkungsphase für Hinterbliebene
Ursache: Arbeitsunfall/Berufskrankheit				
<i>Gesetzliche Unfallversicherung</i>				
Unselbstständig Tätige	nein	ja	nein	nein
Selbstständige	nein	teilweise	nein	nein
Nichterwerbstätige	ja ¹⁾	nein	nein	nein
<i>Gesetzliche Rentenversicherung</i>				
Unselbstständig Tätige ¹⁾	nein	ja ²⁾	nein	nein
Selbstständige	nein	teilweise ³⁾	nein	nein
Nichterwerbstätige	nein	nein	nein	nein
<i>Andere Sicherungswerke einschl. private Absicherung⁴⁾</i>				
Diverse Personengruppen	nein	teilweise	nein	nein
<i>Bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei (dauerhafter) Erwerbsminderung</i>				
Personen, deren Existenzminimum im Familienzusammenhang nicht gesichert ist	nein ⁵⁾	ja	ja	ja

1) Nur Kinder in Kindergärten, Schüler, Studenten und Auszubildende, Teilnehmer von Schulungskursen; es gibt auch für diese Gruppen Mindestrenten.
 2) Nur sofern Unfallrente oder zusätzliches Erwerbseinkommen nicht so hoch sind, dass eine Anrechnung zu einem Ruhen der Erwerbsminderungsrente der GRV führt.
 3) Nur wenn Selbstständige pflichtversichert sind und kein ausreichender Anspruch auf GUV-Rente besteht.
 4) Nur sofern andere Sicherungswerke eine Absicherung bei Arbeitsunfall bieten.
 5) Kinder und Jugendliche bilden zusammen mit ihren Eltern eine Bedarfsgemeinschaft, in deren Rahmen sie ebenfalls abgesichert sind.

Der zweite Ursachenkomplex, der zu einer Erwerbsminderung führen kann, ist dem privaten Bereich außerhalb der Arbeitswelt zuzuordnen. Die hierunter zu subsumierenden Ursachen sind äußerst vielfältig und können kaum erschöpfend aufgezählt werden. Tabelle 1b gibt einen Überblick über die Personengruppen und die Sicherungsinstitutionen.

Auch die Tabelle 1b weist schematisch jene Phasen aus, die auf den Eintritt eines Risikofalls folgen, weil die Auswirkungen der früher gewährten Erwerbsminderungsrenten auch noch jene Personen treffen, die bereits in der Ruhestandsphase leben oder – falls sie bereits gestorben sind – deren Hinterbliebene.

Tabelle 1b: Absicherung der sozialen Risiken der Erwerbsminderung nach Ursachen, Sicherungseinrichtungen und Personengruppen, bezogen auf den Eintrittszeitpunkt

Ursache d. Erwerbsminderung-/Sicherungsinstitution/ Personengruppen	Kinder- und Jugendphase 0-18 Jahre	Mittlere Lebensphase 19- 64 Jahre	Ruhestandsphase 65 und älter	Nachwirkungsphase für Hinterbliebene
Ursache: Privatunfall/-chronische Krankheit				
<i>Gesetzliche Rentenversicherung</i>				
Unselbstständig Tätige	nein	ja ¹⁾	nein	nein
Selbstständige	nein	teilweise ²⁾	nein	nein
Nichterwerbstätige	nein	teilweise ³⁾	nein	nein
<i>Andere Sicherungswerke einschl. private Absicherung</i>				
Diverse Personengruppen	nein	teilweise ⁴⁾	nein	nein
<i>Bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei (dauerhafter) Erwerbsminderung</i>				
Personen, deren Existenzminimum im Familienzusammenhang nicht gesichert ist	ja ⁵⁾	teilweise ⁶⁾	ja	ja

- 1) Es bestehen Anrechnungsvorschriften für eigene Erwerbseinkommen und Unfallrenten, die zu einer Kürzung oder zu einem vollständigen Ruhen der Erwerbsminderungsrente der GRV führen können.
- 2) Gilt nur für arbeitnehmerähnliche und andere pflichtversicherte Selbstständige.
- 3) Ausnahme: bestimmte latent Versicherte.
- 4) Aufgrund der Vielfalt der anderen Sicherungswerke muss hier auf Einzelheiten verzichtet werden.
- 5) Anspruchsberechtigt sind dauerhaft erwerbsunfähige Personen ab 18 Jahren ohne Berücksichtigung des Elterneinkommens auf Lebenszeit.
- 6) Anspruchsberechtigt sind EM-Rentner nur, wenn eine dauerhafte Erwerbsminderung vorliegt. Der Bezug einer befristeten EM-Rente berechtigt nicht zum Bezug aufstockender Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Für eine Aufstockung ist in diesen Fällen das Arbeitslosengeld II (SGB II) zuständig.

3. Ein Überblick über die durchschnittliche Höhe der Absicherung bei Erwerbsminderung

Für einen Überblick muss es hier genügen, die grundsätzliche Ausgestaltung der Unfallrenten der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) und der Erwerbsminderungsrenten der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) zu skizzieren.

Die Unfallrenten der GUV sollen zwei Funktionen erfüllen: Sie sollen einerseits die durch den Versicherungsfall bedingte dauerhafte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit eines Arbeitnehmers und andererseits den verursachten immateriellen Schaden ausgleichen. Einbezogen sind auch Kindergartenkinder, Schüler und Studenten, falls sie einen Unfall in der Ausbildungsinstitution erleiden.¹¹ Renten der GUV werden für eine Erwerbsminderung zwischen 20 % und 100 % gewährt. Berechnungsgrundlage ist der Jahresarbeitsverdienst der vorhergehenden 12 Monate. Es gibt aber Mindest- und Höchstgrenzen, die aus dem durchschnittlichen Arbeitsentgelt aller Versicherten in der GRV abgeleitet werden. 2012 waren dies 31.500 Euro (West) bzw. 26.800 Euro (Ost). Die Mindestgrenze beläuft sich für volljährige Personen auf 60 % der Bezugsgröße, die Höchstgrenze auf das Doppelte. Durch die Mindestgrenze ergibt sich auch eine Mindestrente, was es bei der Gesetzlichen Rentenversicherung nicht gibt.

Die Vollrente bei vollständigem Verlust der Erwerbsfähigkeit beträgt 2/3 des individuellen Jahresarbeitsverdienstes, mindestens aber 2/3 der Mindestgrenze. Daraus ergibt sich im Jahr 2012 in den alten Bundesländern eine monatliche Mindestrente von 1.049,00 Euro p. Mt. und in den neuen Bundesländern von 893 Euro.¹² Eine Vollrente der Gesetzlichen Unfallversicherung lag also über dem Anspruch eines Alleinstehenden auf bedarfsorientierte Mindestsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

Teilrenten entsprechend dem Grad der Erwerbsminderung. Sie führen ebenso wie Vollrenten, die nicht nur den Lebensunterhalt des oder der Betroffenen, sondern auch den ihrer Familienmitglieder sichern müssen, zu einem Aufstockungsanspruch nach SGB II oder SGB XII, sofern keine weiteren anrechenbaren Einkommen und Vermögen der Bedarfsgemeinschaft vorhanden sind.

Einen groben Hinweis auf die durchschnittliche Höhe von Unfallrenten aller Art einschließlich der Renten an Hinterbliebene erhält man durch Division der Rentenausgaben durch die Anzahl der Rentenempfänger. Die auf diese Weise errechnete durchschnittliche Monatsrente beläuft sich auf etwa 500 Euro. Dabei gibt es selbstverständlich eine große Spannweite.

Erwerbsminderungsrenten der GRV werden bei Eintritt einer Erwerbsminderung als Vollrente oder als Teilrente auf Basis der vorherigen Beitragszahlung als Pflichtversi-

¹¹ Die differenzierten Regelungen für Unfallrenten und die sonstigen Leistungen der GUV werden in Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2012), S. 535-563 dargestellt.

¹² Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2012), S. 553.

cherter gewährt.¹³ Grundsätzlich unterscheiden sich Erwerbsminderungsrenten von den Altersrenten in drei Punkten:

Erstens: Der Rentenartfaktor bei Renten wegen voller Erwerbsminderung beträgt zwar wie bei den Altersrenten 1,0; er wird jedoch für jeden Monat des Rentenbeginns vor dem 63. Lebensjahr um 0,3 % höchstens aber um 10,8 % gemindert, so dass sich entsprechende Rentenabschläge ergeben. Für Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung beträgt der Rentenartfaktor nur 0,5.

Zweitens: Bei vorzeitiger Erwerbsminderung wird eine Zurechnungszeit bis zum 60. Lebensjahr zugebilligt. Der Versicherte wird also so gestellt, als ob er bis zum 60. Lebensjahr weitergearbeitet hätte. Für die Bewertung der Zurechnungszeit gilt das Verfahren der Gesamtleistungsbewertung, bei dem Lücken im Versicherungsverlauf teilweise ausgeglichen werden.¹⁴ Bei ununterbrochenem Versicherungsverlauf ab dem 17. Lebensjahr bis zum Eintritt des Risikofalls wird die Zurechnungszeit mit dem Durchschnitt der tatsächlich bis zum Risikoeintritt erworbenen Entgeltpunkte bewertet. Typischerweise liegt dieser Durchschnitt bei einem Risikofall in jungen Jahren des/der Betroffenen deutlich niedriger als bei einem Risikofall im höheren Erwerbsalter, so dass sich auch eine Differenzierung der Erwerbsminderungsrenten nach jenem Lebensalter ergibt, in dem der Risikofall eingetreten ist. Beitragsfreie und beitragsgeminderte Zeiten führen infolge der Gesamtleistungsbewertung zu einer Ver-

ringerung des Durchschnitts, mit dem die Zurechnungszeit bewertet wird. Eine Untergrenze für die Höhe von Erwerbsminderungsrenten existiert nicht.

Drittens: Im Gegensatz zur Regelaltersrente mit 65 Jahren bestehen Anrechnungsvorschriften für eigenes Erwerbseinkommen, für gleichzeitig bezogene Unfallrenten der Gesetzlichen Unfallversicherung und für einige andere Sozialleistungen.¹⁵

Vielfältige weitere soziale Leistungen zur Rehabilitation und zur anderweitigen Förderung der Teilhabe Erwerbsgeminderter am gesellschaftlichen Leben werden von verschiedenen Sozialversicherungszweigen gewährt.

Die durchschnittlichen Zahlbeträge der laufenden Erwerbsminderungsrenten der GRV für Personen unter 65 Jahren zeigt Tabelle 2.

Man kann aus dieser Tabelle 2 entnehmen, dass die Erwerbsminderungsrenten im Durchschnitt sehr niedrig sind. Nur bei den Männern in den alten Bundesländern erreicht der Durchschnitt etwa die Höhe des Arbeitslosengeldes II bzw. der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Volle Erwerbsminderungsrenten in den neuen Bundesländern sind bei den Männern niedriger als in den alten Bundesländern, aber Frauenrenten sind dort deutlich höher. Wegen des niedrigeren Rentenartfaktors sind Teilrenten, bei denen unterstellt wird, dass noch ein Hinzuverdienst durch Erwerbstätigkeit möglich ist, deutlich niedriger als Vollrenten. Dies sind Durchschnittszahlen für alle laufenden Erwerbsminderungsrenten. Selbstverständ-

¹³ Die differenzierten Regelungen für Erwerbsminderungsrenten werden in Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2012), S.357-368 sowie in Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2011) ausführlich dargestellt.

¹⁴ Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2012), S. 388-393.

¹⁵ Vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2011), Abschnitt E.

Tabelle 2: Durchschnittliche monatliche Rentenzahlbeträge der laufenden Erwerbsminderungsrenten an Personen unter 65 am 31.12.2012 in Euro

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
darunter wegen:				
teilweiser Erwerbsminderung	547	400	421	427
voller Erwerbsminderung	762	685	684	712

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) 2012, Rentenversicherung in Zahlen, Bonn, S. 34.

lich gibt es weit über dem Durchschnitt liegende Erwerbsminderungsrenten, aber auch solche, die weit darunter liegen. Bedenklich ist aber, dass seit dem Jahr 2000 der durchschnittliche Zahlbetrag der in jedem Jahr neu zugegangenen Erwerbsminderungsrenten um rund 14 % gesunken ist; d. h. die Entwicklung ist negativ (vgl. auch den Beitrag von Dr. J. Steffen in diesem Band).

Wenn die Betroffenen nur von ihren jeweiligen Erwerbsminderungsrenten leben müssten, so läge die Einkommensarmut in dieser Bevölkerungsgruppe sehr hoch. Dies ist aber nicht der richtige Blickwinkel für die Frage nach dem Ausmaß von Armut unter den Erwerbsminderungsrentnerninnen und -rentner. Will man die soziale Situation der Erwerbsminderungsrentnerninnen und -rentner zutreffend erfassen, dann muss man den Blick auf die Lage der Haushalte richten, in denen die Betroffenen leben. Denn zum einen kann es weitere Einkommen der Betroffenen geben und zum anderen können weitere Haushaltsmitglieder ebenfalls Einkommen beziehen, die gemeinsam verbraucht werden können. Nur auf der Haushaltsebene kann man feststellen, in welchem Ausmaß Armut unter den von

einer Erwerbsminderung betroffenen Personen herrscht.

4. Armutsrisikoquoten der Personen in Haushalten von im Jahr 2008 neu zugegangenen Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner

Wenn man die Auswirkungen der verschiedenen Formen von Erwerbsminderung auf das Armutsrisiko umfassend ermitteln will, dann müsste man die individuelle Betroffenheit aller erwerbsgeminderten Personen in ihrem Haushaltszusammenhang – zumindest auf Stichprobenbasis – kennen. Dies ist zurzeit aber für die gesamte Bevölkerung nicht möglich. Man kennt auf Basis einer Erhebung der Gesetzlichen Rentenversicherung aus dem Projekt „Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung“¹⁶ lediglich die soziale Situation jener Personen und Haushalte, die im Jahr 2008 erstmals eine Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten haben. Armut soll dabei als Einkommensarmut verstanden werden, die zum einen an der von der Europäischen Union festgelegten

¹⁶ Vgl. Martin/Zollmann/Buschmann-Steinhage (2012).

Armutsriskogrenze von 60 % des nationalen Medians, der individuellen Nettoäquivalenzeinkommen gemessen wird.¹⁷ Zum anderen wird eine Armutsgrenze von 50 %, d. h. der Hälfte des nationalen Medians, verwendet. Diese Grenze entspricht ungefähr

der Leistungshöhe, die durch die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und andere Mindestsicherungsregelungen (ALG II, Sozialhilfe) gewährleistet wird.¹⁸

17 Das Nettoäquivalenzeinkommen einer Person ergibt sich aus dem Nettoeinkommen des Haushalts dividiert durch die Summe der Äquivalenzgewichte der Haushaltsmitglieder. Dabei wird die modifizierte OECD-Äquivalenzskala zugrunde gelegt, die der ersten Person im Haushalt ein Gewicht von 1,0 zuordnet; weitere Personen, die 14 Jahre und älter sind, erhalten Gewichte von 0,5 und jüngere Kinder Gewichte von 0,3. Die Zahlen beruhen auf den Angaben im Befragungsmonat (Income Screener). Dabei ist der Mietwert des eigengenutzten Wohneigentums noch nicht zum Haushaltsnettoeinkommen hinzugerechnet. Der Median ist jener Wert, der bei den nach der Höhe ihres Nettoäquivalenzeinkommens angeordneten Personen genau in der Mitte liegt. Er teilt also die Bevölkerung in zwei gleich große Gruppen.

Ausgewählte Ergebnisse sind in den folgenden Tabellen 3 und 4 ausgewiesen:

Ein Blick auf den Median des Nettoäquivalenzeinkommens der Gruppe der neuen Erwerbsminderungsrentner und ihrer Haushaltsangehörigen zeigt zunächst einmal, dass

18 Da die Mindestsicherungsleistungen nach SGB II und XII jeweils Regelsätze und die Miet- und Heizkosten umfassen, bewegen sie sich in Abhängigkeit von den regional und individuell stark differenzierten Miet- und Heizkosten innerhalb eines breiten Bandes, während die 50 %-Grenze einen für alle Haushalte gültigen Euro-Betrag darstellt.

Tabelle 3: Armutsquoten für die Gesamtbevölkerung und für Personen in Haushalten mit mindestens einem Bezieher bzw. einer Bezieherin einer Erwerbsminderungsrente unter 65 Jahren im Neuzugang 2008

Einkommensbezugsjahr 2010

Armutsgrenzen und Armutsquoten	Gesamte Bevölkerung ¹⁾	Personen in Haushalten mit mindestens einem/r Bezieher/in einer Erwerbsminderungsrente ²⁾
Durchschnittliches Nettoäquivalenzeinkommen	EUR 1.345	EUR 959
Armutsriskogrenze in Euro pro Monat		
60 % des Medians	EUR 806	EUR 806
50 % des Medians	EUR 672	EUR 672
Armutsrisikoquote		
bei 60 % des Medians	14 %	36,5 %
bei 50 % des Medians	7 %	21,1 %

1) Angaben auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels, Welle 2010, zur Verfügung gestellt von Dr. Krause, DIW Berlin.

2) Quelle: Martin, S./Zollmann, P./Buschmann-Steinhage, R. (2012), Sozio-ökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung, DRV-Schriften Bd. 99, Berlin, S. 46-47.

diese Gruppe im Jahr 2010 eine um etwa 29 % niedrigere Wohlstandsposition als die Gesamtbevölkerung aufweist. Daher ist es nicht weiter verwunderlich, dass – gemessen an der 60 %-Grenze – die Armutsrisikoquote gut ein Drittel beträgt, während in der Gesamtbevölkerung nur ca. 14 % einem Armutsrisiko unterliegen. Selbst an der 50 %-Grenze beträgt die Einkommensarmutsquote der Erwerbsminderungsrentner und ihrer Haushaltsmitglieder noch gut ein Fünftel, ist also dreimal so hoch wie in der Gesamtbevölkerung.

Erwerbsminderung betroffen war, muss also zusammen mit seinen Haushaltsangehörigen fortan auf einem Niveau leben, das ungefähr der äußerst knapp bemessenen Sozialhilfe entspricht. Dies zeigt die Grenzen einer Absicherung durch die gegenwärtigen Erwerbsminderungsrenten auf. Wenn man sich an den eingangs zitierten Satz aus der Verfassung der Schweiz erinnert, so kann man sagen, dass das Wohl der durch eine Erwerbsminderung schwach Gewordenen in Deutschland nicht gerade an erster Stelle steht.

Etwa jeder Fünfte, der in Deutschland im Jahr 2008 erstmals eine Erwerbsminderungsrente erhielt, weil er von vorzeitiger

Tabelle 4 enthält eine Überraschung. Wer hätte vermutet, dass Haushalte mit einem männlichen Erwerbsminderungsrentner eine

Tabelle 4: Weitere Kennzahlen für Personen in Haushalten mit mindestens einem Bezieher bzw. einer Bezieherin einer Erwerbsminderungsrente unter 65 Jahren im Neuzugang 2008

Einkommensbezugsjahr 2010¹⁾

Personen in Haushalten	Armutsrisikoquote 60 % des Medians der Gesamtbevölkerung	Armutsquote 50 % des Medians der Gesamtbevölkerung
mit männlichem EM-Rentner mit weiblicher EM-Rentnerin	43,4 % 29,2 %	25,6 % 16,4 %
in den alten Bundesländern in den neuen Bundesländern	35,4 % 40,2 %	20,5 % 23,5 %
mit EM-Rentner/in unter 35 Jahren 35 bis 64 Jahren	(47,7 %) 36,5 %	(28,3 %) 21,1 %

1) Erläuterungen siehe Tabelle 2
Angaben in () beruhen auf weniger als 40 Fällen in der Stichprobe.

deutlich höhere Armutsrisikoquote aufweisen als Haushalte mit einer weiblichen Erwerbsminderungsrentnerin? Dieser geschlechtsspezifische Unterschied bleibt auf niedrigerem Niveau auch an der 50%-Grenze bestehen. Der Grund ist vermutlich, dass durch den teilweisen Ausfall eines Manneseinkommens ein stärkerer Einkommensverlust hervorgerufen wird als durch den teilweisen Ausfall eines Fraueneinkommens, weil Manneseinkommen im Regelfall aus verschiedenen Gründen höher sind.

Dagegen konnte man erwarten, dass die Armutsrisikoquoten an beiden Grenzen in den neuen Bundesländern deutlich höher sind als in den alten. Dies liegt an den niedrigeren Löhnen und dementsprechend auch niedrigeren EM-Renten in Ostdeutschland, die sich bei einer einheitlichen gesamtdeutschen Armutsrisikogrenze auswirken. Die höheren, aber statistisch nicht gesicherten Armutsrisikoquoten der jungen Erwerbsminderungsrentner im Vergleich zu den älteren konnte man ebenfalls erwarten; hier wirkt sich das Konstruktionsprinzip der Erwerbsminderungsrenten aus; denn die geringeren Einkommen der jungen im Vergleich zu älteren Arbeitnehmern werden durch das Verfahren der Gesamtleistungsbewertung über den gesamten Lebenslauf fortgeschrieben.

Auch Bezieherinnen und Bezieher von Erwerbsminderungsrenten, in deren Haushalte Kinder sind, haben überdurchschnittliche Armutsquoten.¹⁹ Damit korrespondiert, dass auch die Bezieher/innen von Erwerbs-

minderungsrenten im mittleren Alter von 40 bis unter 55 Jahren höhere Armutsquoten aufweisen als jüngere und ältere Personen. Kinder sind also auch bei den von einer vorzeitigen Erwerbsminderung Betroffenen ein armutsverstärkender Faktor.

Diese Analyse beruht nur auf einer Stichprobe aus den Neuzugängen an Erwerbsminderungsrenten im Jahr 2008. Die hieraus abgeleiteten Ergebnisse dürften aber ungefähr auch gelten, wenn man alle Haushalte mit Beziehern von Erwerbsminderungsrenten im Alter bis 65 sowie diejenigen über 65, deren Erwerbsminderungsrenten 1 zu 1 in Altersrenten umgewandelt wurden, erfassen könnte.

5. Inanspruchnahme von Grundsicherungsleistungen durch die neuen Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es verschiedene, zusammen flächendeckende Grundsicherungssysteme. Das Arbeitslosengeld II, die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie die Sozialhilfe i.e.S. (Hilfe zum Lebensunterhalt). Sie sind das unterste Auffangnetz des deutschen Sozialstaats. Eigentlich sollten die Arbeitseinkommen oder die vorgelagerten Sicherungssysteme ausreichen, dass man dieses unterste Auffangnetz nicht in Anspruch nehmen muss. Daher spricht man bei einer doch erforderlichen Inanspruchnahme von „bekämpfter Armut“. In der Stichprobe der Neuzugänge in Erwerbsminderungsrenten im Jahr 2008

¹⁹ Martin/Zollmann/Buschmann-Steinhage, S. 51.

wurde auch erfragt, inwieweit die jeweiligen Haushalte Grundsicherungsleistungen in Anspruch nehmen müssen. Dabei zeigte sich, dass ein doppelt so hoher Anteil von Personen in Haushalten mit Erwerbsminderungsrenten wie in der Gesamtbevölkerung diese Grundsicherung in Anspruch nehmen muss, und zwar 18 % gegenüber 9 %.²⁰ Dabei sind Personen in Mehr-Personen-Haushalten etwas geringer betroffen als Alleinstehende. Sind Kinder unter 14 Jahren in den Mehr-Personen-Haushalten, so ist die Betroffenheit aber fast doppelt so hoch wie in Mehr-Personen-Haushalten ohne Kinder. Auch in Haushalten mit Migrationshintergrund oder ohne deutsche Staatsangehörigkeit liegt die Betroffenheit weit über dem Durchschnitt.

Die Notwendigkeit, Grundsicherungsleistungen in Anspruch zu nehmen, kann man als ein weiteres Indiz dafür ansehen, dass die Absicherung bei Erwerbsminderung in den meisten Fällen sehr mager ist und bei etwa einem Fünftel der im Haushaltszusammenhang betroffenen Personen nicht einmal ausreicht, das sozio-kulturelle Existenzminimum zu decken.

6. Ein Kommentar zum Reformvorschlag der Regierungskoalition zur Erhöhung der Erwerbsminderungsrenten

Als eines der ersten Gesetzesvorhaben der neuen Regierungskoalition wurde ein so genanntes Rentenpaket auf den Weg gebracht. Es enthält drei Vorschläge:

(1) Eine Erhöhung der Anrechnung der Kindererziehungszeit um ein Jahr für alle vor 1992 geborenen Kinder. (2) Die Einführung einer abschlagsfreien GRV-Rente mit 63 Jahren, wenn die versicherten Personen 45 Beitragsjahre nachweisen können. (3) Verbesserungen bei den Erwerbsminderungsrenten.

Nur diesen letztgenannten Punkt will ich abschließend noch kommentieren. Die Frage ist dabei insbesondere, inwieweit dieses Vorhaben dazu beitragen würde, die Armut unter den Haushalten von Erwerbsminderungsrentnern zu verringern.

Der Vorschlag sieht drei Verbesserungen vor: (1) Die Zurechnungszeit soll für Rentenzugänge ab 1.7.2014 um zwei Jahre bis zum 62. Lebensjahr verlängert werden. (2) Die letzten vier Jahre der Beitragszeit sollen in der Gesamtleistungsbewertung nicht berücksichtigt werden, falls ihre Berücksichtigung den durchschnittlich anzurechnenden Wert pro Zurechnungsjahr verringern würde. (3) Das Budget für Rehabilitationsleistungen soll erhöht werden.

Was ist von diesem Reformvorschlag zu halten? Die Verlängerung der Zurechnungszeit bringt für einen Durchschnittsverdiener eine monatliche Rentenerhöhung von etwas über 56 Euro in den alten Bundesländern und ca. 51,50 Euro in den neuen Bundesländern. Für Personen, die weniger als den Durchschnitt verdient haben oder bei denen sich wegen Lücken im Versicherungsverlauf bei der Gesamtleistungsbewertung eine unterdurchschnittliche Bewertung ergibt, ist der Rentenzuwachs geringer, bei

²⁰ Vgl. Martin/Zollmann/Buschmann-Steinhage (2012), Abschnitt 6.4.4.

überdurchschnittlichem Verdienst ist er höher. Dies bringt für die Bezieher und Bezieherinnen von neuen Erwerbsminderungsrenten eine kleine Verbesserung.

Die neue Regelung, dass die letzten vier Jahre eines verringerten Verdienstes unberücksichtigt bleiben, hilft jenen Personen, die bereits vor Genehmigung der Erwerbsminderungsrente Verdiensteinbußen erlitten haben, weil sie beispielsweise nur noch halbtags arbeiten konnten oder geringere Akkordlöhne erhielten.

Die Verbesserung beim Rehabilitationsbudget ist hilfreich, kann sich aber nur indirekt auf die Einkommenslage der Erwerbsminderungsrentner auswirken, falls durch die damit ermöglichten schnelleren Rehabilitationsmaßnahmen eine schnellere Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt gelingt.

Da diese neuen Regelungen nur für neue Erwerbsminderungsrenten ab 1.7.2014 gelten werden, wird ihr armutsreduzierender Effekt nur bei den neuen Rentnern merklich sein. Bei den Millionen von Bestandsrenten wegen Erwerbsminderung wird sich nichts ändern. Damit wird auch die Armutsquote aller Erwerbsminderungsrentner kaum sinken. Hinzu kommt, dass das Rentenniveau bis 2030 immer weiter hinter der Entwicklung der Bruttolöhne und des Niveaus der Mindestsicherungsleistungen zurückbleiben wird, so dass insgesamt eher mit einer Zunahme der Armutsquoten *aller* Rentnerhaushalte zu rechnen ist.

Eine deutliche Verringerung der Armutsquoten der Haushalte von Erwerbsminder-

ungsrentnern könnte man nur erwarten, wenn diese neuen Regelungen auch auf die Bestandsrenten ausgedehnt würden. Hier von sind wir aber – auch wegen der hohen Kosten einer derartigen grundlegenden Reform – weit entfernt.

Einen größeren armutsreduzierenden Effekt könnte man erwarten, wenn alle Erwerbsminderungsrenten abschlagsfrei gezahlt würden. Eine andere Möglichkeit bestünde darin, nicht für alle Erwerbsminderungsrentner eine Verbesserung einzuführen, sondern die Mittel auf die unterste Gruppe zu konzentrieren. Dies könnte dadurch geschehen, dass für Pflichtversicherte mit 100%iger Erwerbsminderung eine Mindestrente eingeführt wird, die nicht unterschritten werden kann. Sie sollte für einen Alleinstehenden ausreichen, um über die Schwelle der Grundsicherung hinauszukommen.²¹ Damit wäre auch eine ähnliche unterste Absicherung erreicht, wie sie bei den Unfallrenten der Gesetzlichen Unfallversicherung bereits besteht. Bei einer derart gestalteten Mindestrente für Personen, die von einer 100%igen Erwerbsminderung betroffen wurden, und die daher zu den Schwachen in der Gesellschaft geworden sind, würde in der Gesetzlichen Rentenversicherung am unteren Rand das *Prinzip der Teilhabeäquivalenz* durch *das Prinzip des sozialen Ausgleichs* ersetzt. Dies entspräche auch dem eingangs erwähnten Zitat aus der Schweizer Verfassung.

²¹ Hauser (2009) und (2012).

Literatur

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2012), Übersicht über das Sozialrecht, 9. Aufl., Nürnberg
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2011), Die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Grundsätze der deutschen Rentenversicherung, DRV-Schriften Band 96, Berlin
- Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2013), Rentenversicherung in Zahlen 2013, Berlin
- Frick, J./Grabka, M./Hauser, R. (2010), Die Verteilung der Vermögen in Deutschland. Empirische Analysen für Personen und Haushalte, Berlin
- Goebel, J./Grabka, M. (2011), Entwicklung der Altersarmut in Deutschland, SOEP Papers on Multidisciplinary Panel Data Research, DIW Berlin, Nr. 378
- Hauser, R. (2012), Das Maß der Armut: Armutsgrenzen im sozialstaatlichen Kontext. Der sozialstatistische Diskurs, in: Huster, E.-U./Boeckh, J./Mogge-Grotjahn, H. (Hrsg.), Handbuch Armut und Soziale Ausgrenzung, 2. Aufl., Wiesbaden, S. 122-163
- Hauser, R. (2009), Das 30-30-Modell zur Bekämpfung gegenwärtiger und künftiger Altersarmut, in: Soziale Sicherheit, H. 7-8, (2009), S. 264-269
- Hauser, R. (2012), Aktuelle Vorschläge zur Bekämpfung von Altersarmut, in: Haerendel, U. (Hrsg.), Gerechtigkeit im Sozialstaat, Analysen und Vorschläge, Baden-Baden, S. 229-342
- Kemptner, D. (2014), Erwerbsminderung als Armutsrisiko, in: DIW Berlin, Round up, Politik im Fokus.
- Köhler-Rama, T./Lohmann, A./Viebrock, H. (2010), Vorschläge zu einer Leistungsverbesserung bei Erwerbsminderungsrenten aus der gesetzlichen Rentenversicherung, in: Zeitschrift für Sozialreform, 1/2010, S. 59-83
- Martin, S./Zollmann, P./Buschmann-Steinhage, R. (2012), Sozio-ökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung, DRV-Schriften Bd. 99, Berlin
- OECD (2013), Pensions at a Glance 2013, OECD and G20 Indicators, Paris.
- Rische, H. (2011), Zukunftsperspektiven der Rentenversicherung, Kap. 36 in: Eichenhofer, E./Rische, H./Schmähl, W. (Hrsg.) (2011), Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung SGB VI, Köln, S.1157-1188
- Schmähl, W. (2006), Die neue deutsche Alterssicherungspolitik und die Gefahr steigender Altersarmut, in: Soziale Sicherheit, H. 12, S. 397-402.
- Sozialverband Deutschland (2011), Fünf-Punkte-Plan des SoVD zur Verbesserung des Erwerbsminderungsschutzes. Forderungen und Vorschläge des SoVD zur Verhinderung von Armut durch Erwerbsminderung, Berlin
- Thiede, R. (2009), Mindestsicherungselemente in der gesetzlichen Rentenversicherung? in: WSI-Mitteilungen, H. 7, S. 355-361
- Vogel, C./Motel-Klingebiel, A. (Hrsg.), Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut?, Wiesbaden 2013

Dr. Johannes Steffen

Portal Sozialpolitik

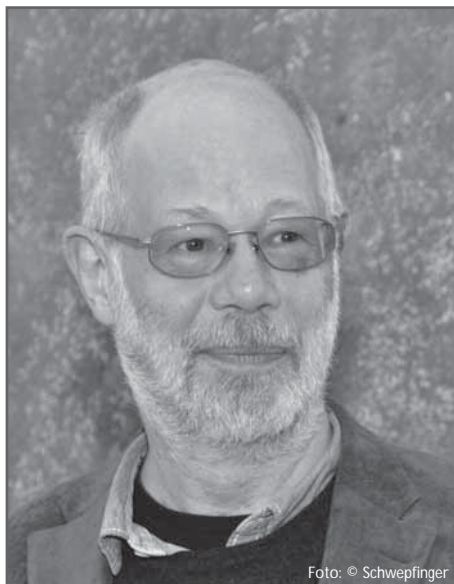
Berlin

Reformoptionen zur Erwerbsminderungsrente**Zusammenfassung**

Seit dem Jahr 2000 ist der durchschnittliche Zahlbetrag bei den Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (EM-Renten) um rund 14 Prozent gesunken. 2012 lag er mit monatlich 607 Euro deutlich unterhalb des steuerfreien Existenzminimums von seinerzeit 667 Euro. Erwerbsgeminderte haben ein besonders hohes Risiko, in die Grundsicherungsabhängigkeit zu geraten. Während Ende 2012 nur 2,2 Prozent der Bezieherinnen und Bezieher einer Altersrente ab Erreichen der Regelaltersgrenze ergänzende Leistungen der Grundsicherung bezogen, waren es unter den dauerhaft voll Erwerbsgeminderten, die eine Erwerbsminderungsrente bezogen, zwölf Prozent.

Um dem Sinkflug der Erwerbsminderungsrenten Einhalt zu gebieten und die finanzielle Absicherung Erwerbsgeminderter wieder anzuheben, wollen CDU, CSU und SPD für Neuzugänge ab Juli 2014

- die Zurechnungszeit um zwei Jahre bis zum vollendeten 62. Lebensjahr verlängern und



- die letzten vier Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung, die häufig durch längere Krankheit, gesundheitsbedingte Arbeitszeitreduzierung oder auch Arbeitslosigkeit geprägt sind, einer Günstigerprüfung unterziehen, so dass sich diese Jahre nicht negativ auf die Bewertung der Zurechnungszeit auswirken.

Auf Basis der Daten des Rentenzugangs 2012 erhöht die Verlängerung der Zurechnungszeit um zwei Jahre den durchschnittlichen Zahlbetrag der EM-Renten um knapp sechs Prozent.

Dringend notwendig wäre darüber hinaus allerdings die Abschaffung der Rentenabschläge von derzeit bis zu 10,8 Prozent der Bruttorente. Kein Versicherter entscheidet sich „freiwillig“ für den Eintritt von Erwerbsminderung. Alleine durch die Abschaffung der Abschläge ließe sich der durchschnittli-

che Zahlbetrag um zwölf Prozent anheben. Zusammen mit der dann ebenfalls abschlagsfreien Zurechnungszeit von zusätzlich zwei Jahren würde dies im Ergebnis zu einer Erhöhung der EM-Renten um 18 Prozent führen. Damit lägen die durchschnittlichen Zahlbeträge in West und Ost sowie bei Männern und Frauen wieder (leicht) oberhalb des Existenzminimums von einem Zwölftel des steuerlichen Grundfreibetrages.

Die seit Anfang des Jahrhunderts sinkenden Zahlbeträge sind allerdings nicht alleine den Rentenabschlägen geschuldet. Eine mindestens ebenso große Bedeutung kommt den soziodemografischen Strukturveränderungen im Rentenzugang zu. Eine Reform des Leistungsrechts, die sich auf die Verlängerung der Zurechnungszeit und die Abschaffung der Abschläge beschränkt, dürfte daher am Ende zu kurz greifen.

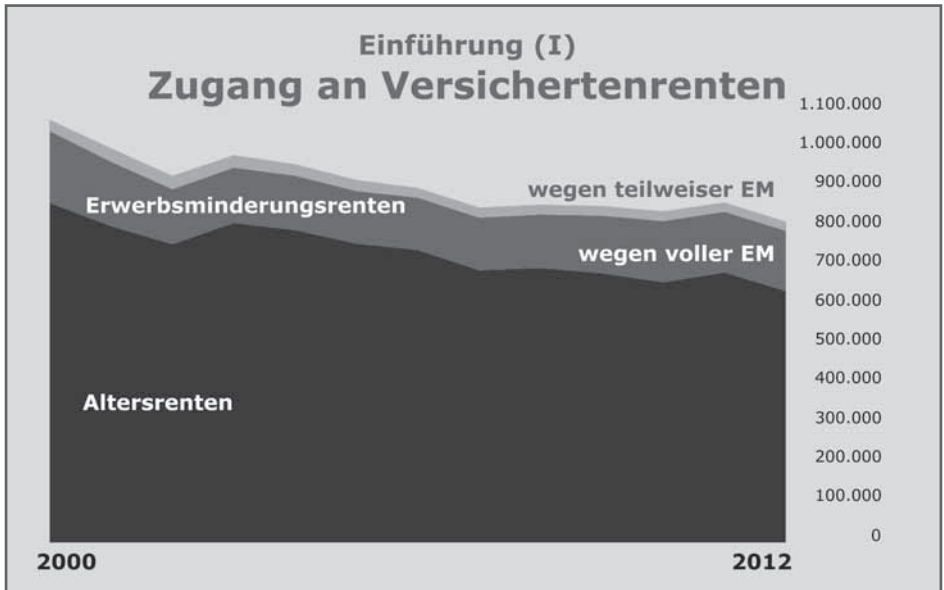
Phasen der Niedriglohnbeschäftigung sowie Zeiten der (Langzeit-)Arbeitslosigkeit prägen die Erwerbsverläufe des EM-Rentenzugangs in weit stärkerem Ausmaß als dies im Durchschnitt des Versichertenrentenzugangs der Fall ist. Soziale Risiken und Benachteiligungen am Arbeitsmarkt kumulieren so in ihren negativen Wirkungen auf die Rentenanwartschaften. Sollen diese Folgen mit unmittelbarer Wirkung abgemildert werden, muss zum einen die Regelung zur sogenannten Rente nach Mindestentgeltpunkten, die Niedriglohnzeiten bei der Berechnung der Rente höher bewertet, auf Zeiten der Niedriglohnbeschäftigung nach 1991 verlängert werden. Und zum anderen müssen Zeiten der Arbeitslosigkeit mit Leistungsbezug (ALG, ALHI, ALG II) den Status

beitragsgeminderter Zeiten bekommen, und Zeiten ohne Leistungsbezug könnten wieder, wie vor Juli 1978, den Status bewerteter Anrechnungszeiten erhalten.

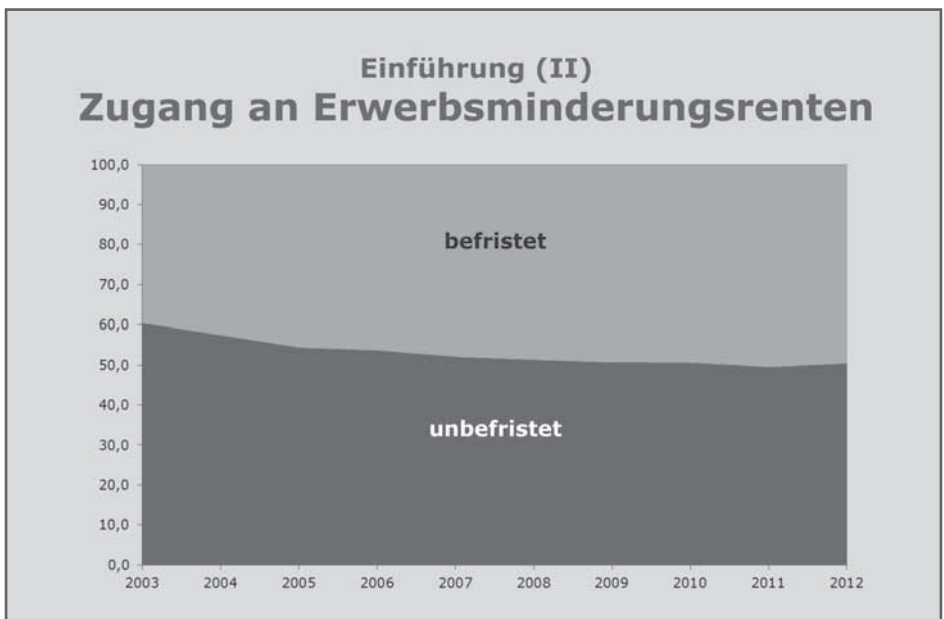
Schließlich werden infolge der weiteren Rentenniveausenkung von 49,4 Prozent (2012) auf 43,7 Prozent in 2030 selbst die kleinen Reformschritte der großen Koalition am Ende wieder konterkariert. Auf heutiger Wertebasis fällt der durch die anstehende Reform bei den EM-Renten zunächst um knapp sechs Prozent steigende Zahlbetrag durch die weitere Niveausenkung bis 2030 um 11,5 Prozent niedriger aus. Verglichen mit den Löhnen sind die EM-Renten dann trotz verlängerter Zurechnungszeit deutlich weniger wert als sie es noch im Zugangsjahr 2012 ohne die längere Zurechnungszeit waren.

1. Einführende Bemerkungen

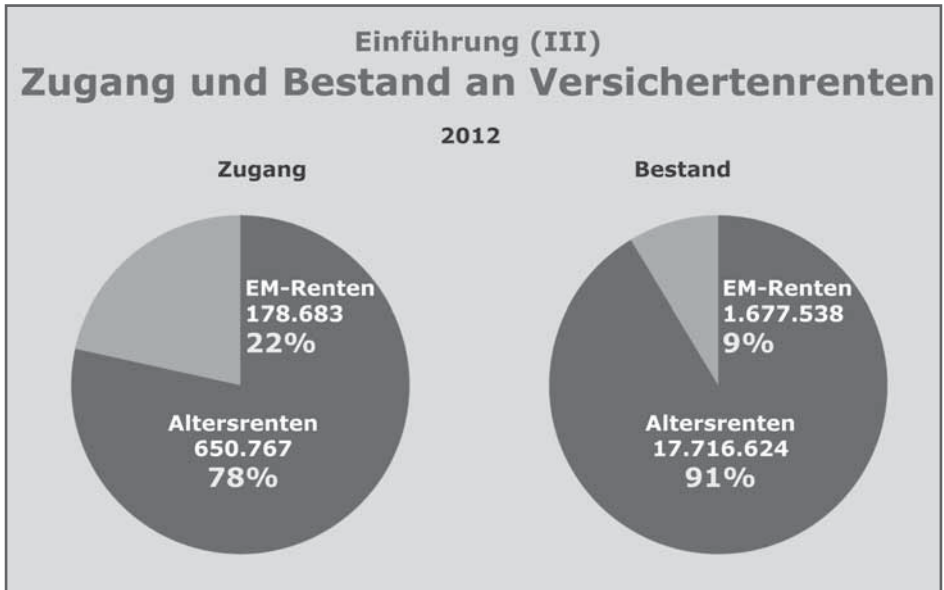
Bei einem insgesamt rückläufigen Zugang an Versichertenrenten von rd. 1,09 Millionen im Jahr 2000 auf knapp 0,83 Millionen im Jahr 2012 ist der Anteil der EM-Renten leicht von 19,6 auf zuletzt 21,5 Prozent gestiegen (Folien 1 bis 3). Innerhalb der EM-Renten belief sich der Anteil der Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung auf zuletzt 13 Prozent. Wurden im Jahr 2003 noch gut 60 Prozent aller EM-Renten unbefristet geleistet, so waren es vom Zugang 2012 nur noch gut 50 Prozent; aktuell wird demnach knapp die Hälfte der Zugangsrenten zeitlich befristet gewährt. Wer eine niedrige Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung oder eine befristete Rente wegen voller Er-



Folie 1



Folie 2



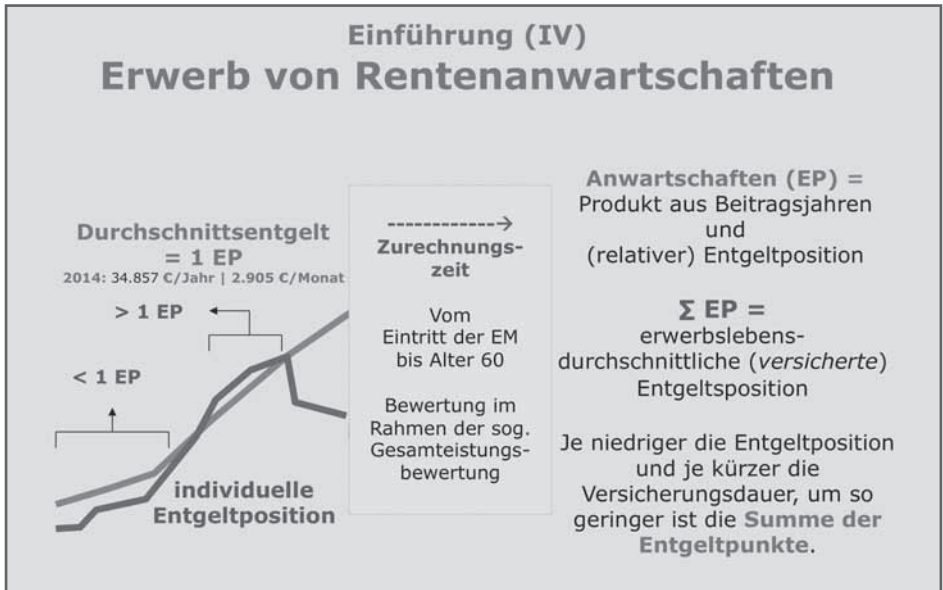
Folie 3

werbsminderung bezieht, hat grundsätzlich keinen Zugang zu Grundsicherungsleistungen nach Kapitel 4 SGB XII; bei Bedürftigkeit wird dieser Personenkreis auf Hilfe zum Lebensunterhalt nach Kapitel 3 SGB XII oder – bei noch teilweiser Erwerbsfähigkeit – auf Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach SGB II verwiesen.

Entfielen vom Rentenzugang 2012 knapp 22 Prozent auf EM-Renten, so stellten sie vom Versichertenrentenbestand Ende 2012 nur rund neun Prozent. Dies erklärt sich hauptsächlich damit, dass EM-Renten mit Erreichen der Regelaltersgrenze automatisch in eine Regelaltersrente umgewandelt werden. Altersarmut speist sich demnach zu einem nicht unerheblichen Teil aus vorhergehender Erwerbsminderungsarmut. Das Produkt aus Beitragsjahren und versicherter

(relativer) Entgeltposition ergibt die Summe der Rentenanwartschaften – gemessen in Entgeltpunkten. Durchschnittsverdiener (2014: 34.857 Euro pro Jahr bzw. 2.905 Euro pro Monat) erwerben pro Jahr einen Entgeltpunkt; wer oberhalb (unterhalb) des Durchschnitts verdient hat, erhält auf dem Rentenkonto entsprechend mehr (weniger) als einen Entgeltpunkt gutgeschrieben. Die Summe der Entgeltpunkte spiegelt somit die erwerbslebensdurchschnittlich (versicherte) Entgeltposition wider (Folie 4).

Bei Eintritt von Erwerbsminderung gewährt die gesetzliche Rentenversicherung eine sogenannte Zurechnungszeit, die gegenwärtig bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres reicht. Bewertet wird die Zurechnungszeit (vereinfacht) mit dem Durchschnitt der bis zum Eintritt der Erwerbsminderung erreich-



Folie 4

ten Entgeltposition. Die Zurechnungszeit schließt die Lücke im Erwerbs- und Erwerbseinkommensverlauf, die infolge der Erwerbsminderung entsteht. Bei einem Zugangsalter in EM-Rente von zuletzt im Schnitt 50,7 Jahren entfällt in der Regel fast ein Viertel der Versicherungsbiografie auf die Zurechnungszeit.

2. Zahlbetragsentwicklung bei EM-Renten

Im Zeitraum 2000 bis 2012 ist der durchschnittliche Zahlbetrag¹ der jeweils neu zu-

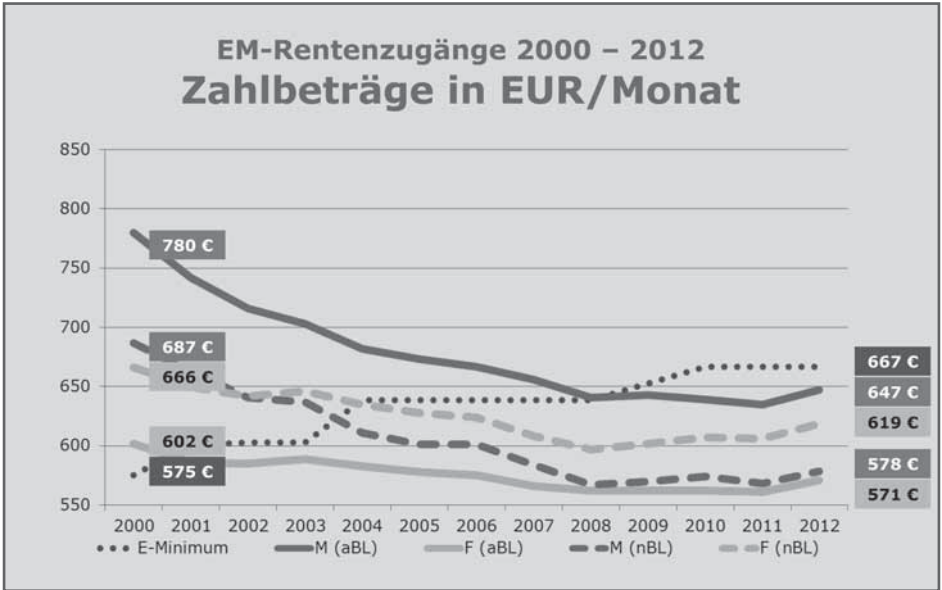
gegangenen Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit von 706 Euro auf 607 Euro gefallen²; das entspricht einer Minderung um 14 Prozent.

Bei den Männern sank der Betrag von 763 Euro auf 632 Euro oder um 17 Prozent, bei den Frauen um sechs Prozent von 616 Euro auf 580 Euro. Auch wenn sich der Abstand verringert hat, so liegt der Zahlbetrag bei Frauen im Bundesdurchschnitt immer noch deutlich unterhalb desjenigen bei Männern (Folien 5 und 6 mit West-Ost-Differenzierung und Schichtung).

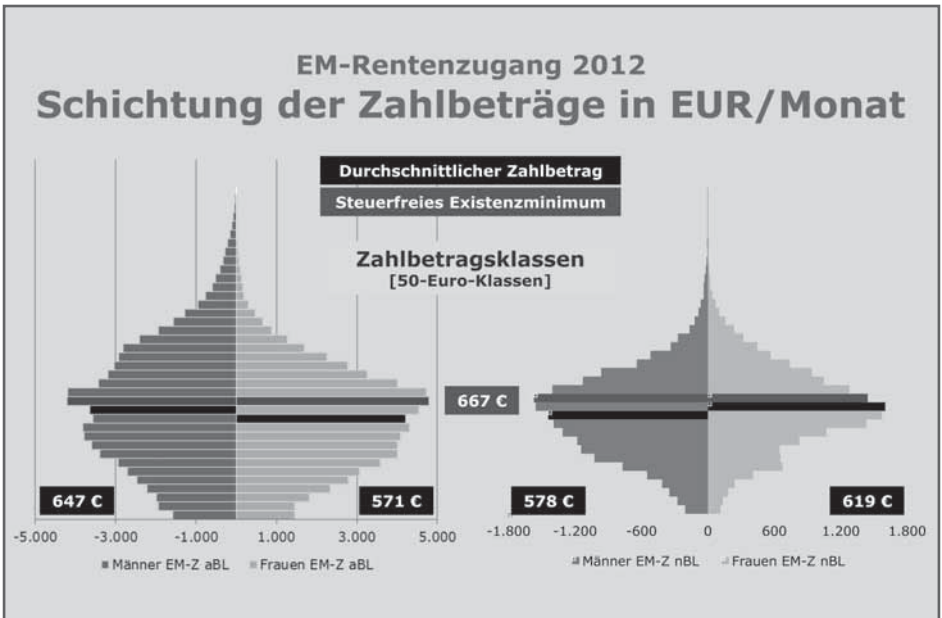
Seit Mitte des vergangenen Jahrzehnts – bei den Männern seit 2008 und bei den Frauen seit 2001 – unterschreitet der durchschnitt-

¹ Der durchschnittliche Zahlbetrag ergibt sich als Mittelwert aller während eines Kalenderjahres neu zugegangenen EM-Renten. Beim Rentenzahlbetrag handelt es sich vereinfacht formuliert um den Betrag, der an die Rentnerinnen und Rentner ausbezahlt wird (Bruttorente abzüglich des einbehaltenen Eigenanteils zur Kranken- und Pflegeversicherung).

² Vgl. DRV Bund, Indikatoren zu Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) im Zeitablauf, Stand: Mai 2013



Folie 5



Folie 6

liche Zahlbetrag das steuerfreie Existenzminimum. Dies alleine hat allerdings nicht zwangsläufig den Bezug von bedürftigkeitsabhängigen Fürsorgeleistungen zur Folge³. Bei der Bedürftigkeitsprüfung sind neben der Rente u.a. weitere eigene Einkünfte sowie Einkünfte von evtl. weiteren Haushaltsmitgliedern zu berücksichtigen. Dennoch ist der Anteil dauerhaft voll erwerbsgeminderter Bezieherinnen und Bezieher einer EM-Rente, die gleichzeitig aufstockende Leistungen der Grundsicherung erhielten, von 4,1 Prozent im Jahr 2003 deutlich auf zwölf Prozent im Jahr 2012 gestiegen. Hierbei ist zu bedenken, dass nur voll und dauerhaft Erwerbsgeminderte Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung nach Kapitel 4 SGB XII haben; damit fallen teilweise Erwerbsgeminderte sowie Bezieherinnen und Bezieher einer Rente auf Zeit⁴ aus dem Kreis der Anspruchsberechtigten heraus.

Alleine der Vergleich der durchschnittlichen Zahlbeträge einzelner Zugangsjahre unterzeichnet den Sinkflug der EM-Renten allerdings. Denn über den Betrachtungszeitraum hinweg sind auch die aktuellen Rentenwerte gestiegen. Um den Effekt der Rentendynamisierung zu berücksichtigen, müssen die Zahlbeträge der Zugangsjahre vor 2012

daher auf den Stand des Jahres 2012 hochgerechnet werden. Bei diesem Vorgehen wird unterstellt, dass der jahresdurchschnittliche⁵ aktuelle Rentenwert bzw. aktuelle Rentenwert (Ost) 2012 auch für sämtliche Zugangsjahre vor 2012 Gültigkeit hat – oder anders formuliert: Es wird unterstellt, dass alle Rentenzugänge der Jahre 2000 bis 2011 auch 2012 noch im EM-Rentenbezug sind, so dass deren (dynamisierte) Zahlbeträge mit den Zahlbeträgen des Zugangsjahres 2012 verglichen werden können. Erst bei dieser dynamisierten Betrachtung wird das ganze Ausmaß des Sinkflugs der Zahlbeträge sichtbar (Folie 7).

3. Ursachen für den Sinkflug der EM-Renten

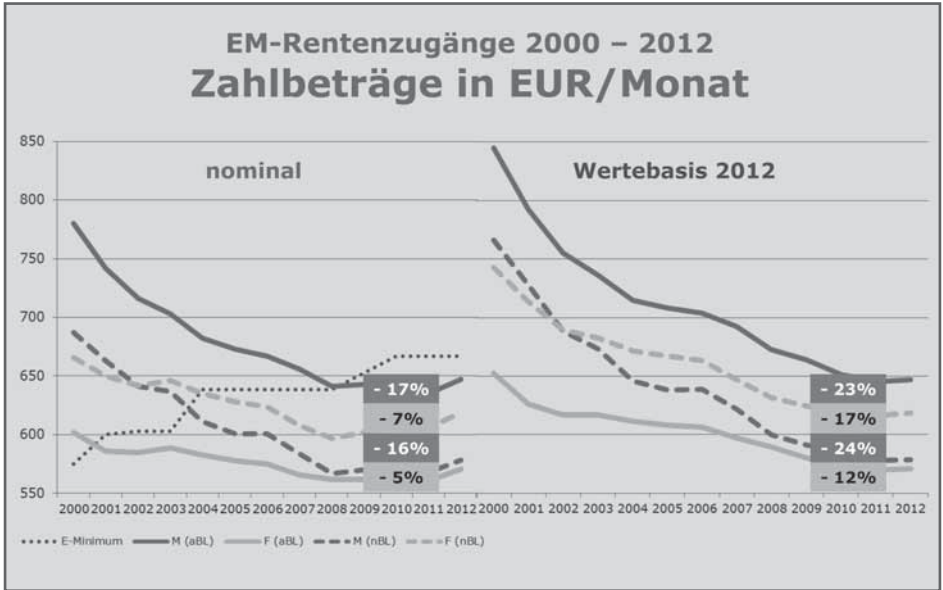
Die Interpretation der Zahlbetragsentwicklung bei den Zugangsrenten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit hat zunächst einmal zu berücksichtigen, dass die durchschnittlichen Zahlbeträge jedes Kalenderjahrs für einen immer wieder neuen Personenkreis erwerbsgeminderter Frauen und Männer ermittelt wird. In die Zahlbetragsentwicklung gehen damit sowohl Änderungen im Sozialrecht ein wie auch Veränderungen in der soziodemografischen Zusammensetzung der jährlichen Rentenzugänge (Folie 8).⁶

3 Hilfe zum Lebensunterhalt gem. Kapitel 3 SGB XII bzw. Leistungen der Grundsicherung gem. Kapitel 4 SGB XII – bei Bezug einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung Leistungen nach SGB II.

4 Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sind seit der Reform von 2001 grundsätzlich als Renten auf Zeit für längstens drei Jahre zu leisten. Renten, auf die ein Anspruch unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage besteht, werden nur dann unbefristet geleistet, wenn unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden kann; hiervon ist auch nach einer Befristungsdauer von neun Jahren auszugehen.

5 Da die Erwerbsminderungsrenten eines Kalenderjahres sowohl vor als auch nach dem Renten Anpassungstermin (idR jeweils 1. Juli) zugehen, werden die jahresdurchschnittlichen aktuellen Rentenwerte herangezogen.

6 Vgl. hierzu sowie zum Folgenden Kaldybjajewa., K., Kruse, E., Erwerbsminderungsrenten im Spiegel der Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung, RVaktuell 8/2012, S. 206 ff.



Folie 7

Ursachen des Sinkflugs der EM-Renten (I) Drei relevante Einflussfaktoren

Neues EM-Recht	sozio-demografische Veränderungen beim Rentenzugang	Sinkendes Rentenniveau
<ul style="list-style-type: none"> • Rentenabschläge von bis zu 10,8% • Rentenart-Faktor von 0,5 bei teilweiser EM [bei alter BU-Rente: 0,6667] 	<ul style="list-style-type: none"> • Geschlechterverteilung • Zahl der Beitragsjahre • EP für Beitragsjahre • Versicherungsverhältnis vor Eintritt der EM • Entgeltposition / Gesamtleistungswert 	<p>Senkung des Rentenniveaus um ~ 20% von ~ 53% auf ~ 43% [2000 bis 2030er]</p>

Folie 8

Änderungen im Leistungsrecht für Erwerbsgeminderte

Im Zentrum der rentenrechtlichen Änderungen während des Betrachtungszeitraums stand zweifellos das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, das 2001 in Kraft trat und in zentralen Punkten die mit dem Gesetz zu Korrekturen in der Sozialversicherung und zur Sicherung der Arbeitnehmerrechte zunächst ausgesetzten Neuregelungen des Rentenreformgesetzes 1999 der Kohl-Regierung übernahm. Ab 2001 wurden die Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten alten Rechts durch ein zweistufiges System der Erwerbsminderungsrente abgelöst – bei gleichzeitiger Einführung von Rentenabschlägen bis zu maximal 10,8 Prozent im Falle des Bezugs einer Erwerbsminderungsrente vor vollendetem 63. Lebensjahr⁷ einerseits sowie

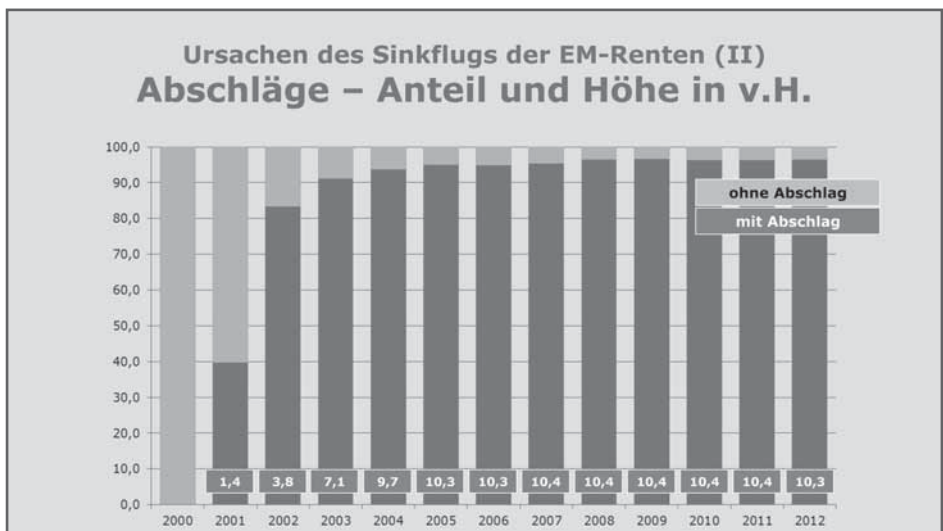
einer Verlängerung der Zurechnungszeit⁸ um am Ende 40 Monate bis zum vollendeten 60. Lebensjahr andererseits.

Da das durchschnittliche Zugangsalter in EM-Rente deutlich vor dem vollendeten 63. Lebensjahr liegt, erstaunt es nicht, dass seither kaum noch eine neu zugehende Erwerbsminderungsrente abschlagsfrei geleistet wird (Folie 9). Zudem beläuft sich die durchschnittliche Anzahl der Abschlagsmonate seit Mitte des vergangenen Jahrzehnts

Referenzalters bei der vorgezogenen Altersrente für Schwerbehinderte. Der Abschlag beträgt pro Monat, den die Rente vor vollendetem 63. Lebensjahr bezogen wird, 0,3 Prozent. Der maximale Abschlag ist auf 10,8 Prozent begrenzt und kommt ab Ende des Stufenprozesses für Rentenzugänge seit Dezember 2003 in Betracht.

- 8 Zurechnungszeit ist die Zeit, die bei einer Rente wegen Erwerbsminderung hinzugerechnet wird, wenn der Versicherte das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die Zurechnungszeit beginnt mit dem Eintritt der hierfür maßgebenden Erwerbsminderung und endet mit Vollendung des 60. Lebensjahres.

7 Die Abschlagshöhe stieg in den Jahren 2001 bis 2003 parallel zur stufenweisen Anhebung des abschlagsfreien



auf über 34 Monate (von insgesamt maximal 36 möglichen Abschlagsmonaten), was einer durchschnittlichen Abschlagshöhe von mehr als zehn Prozent entspricht (von insgesamt maximal 10,8 Prozent).⁹ Die Rentenabschläge sind damit die Hauptursache für den Sinkflug der Zahlbeträge in den Zugangsjahren 2001 bis 2003; für den weiteren Rückgang in den Folgejahren müssen allerdings andere Gründe ursächlich sein.

Neben der Einführung versicherungstechnischer Abschläge wird der Zahlbetrag der Renten beeinflusst von der Abgabenbelastung der Bruttorente; dies betrifft in der Hauptsache die Beitragssätze der Rentnerinnen und Rentner zur Kranken- und Pflegeversicherung, die im Betrachtungszeitraum merklich gestiegen sind.

Auch die rentenrechtliche Behandlung und Bewertung von Zeiten der (Langzeit-)Arbeitslosigkeit beeinflusst die Rentenhöhe vor dem Hintergrund der gewandelten soziodemografischen Struktur der Rentenzugänge (vgl. weiter unten) nicht unmaßgeblich. So wurden Zeiten der Arbeitslosigkeit mit Leistungsbezug¹⁰ bis 1997 trotz Beitragszahlung seitens der Bundesanstalt für Arbeit als beitragsgeminderte Zeiten (die Zeiten sind sowohl Beitrags- als auch Anrechnungszeit) im Rahmen des Systems der Gesamtleis-

tungsbewertung bewertet. Seit 1998 handelt es sich dagegen wieder – wie schon von Mitte 1978 bis 1982 – um vollwertige Beitragszeiten. Als Bemessungsgrundlage für die Höhe der Rentenversicherungsbeiträge werden beim Arbeitslosengeld (ALG) seit 1995 80 Prozent des (vereinfacht) vormaligen Bruttoentgelts (sog. Bemessungsentgelt) herangezogen (Folien 10 und 11).

Bis 1999 galt dies auch bei Bezug von Arbeitslosenhilfe (ALHI); allerdings wurde die Bemessungsgrundlage in den Fällen, in denen die ALHI infolge anrechenbaren Einkommens und/oder Vermögens geringer als nach den vorgegebenen Tabellenwerten (Lohnersatzrate in Abhängigkeit von der Steuerklasse und der Berücksichtigungsfähigkeit mindestens eines Kindes) ausfiel, ebenfalls anteilig gekürzt.¹¹ Von 2000 bis zu ihrer Abschaffung Ende 2004 war schließlich die Zahlbetragshöhe der ALHI Bemessungsgrundlage für die RV-Beiträge.¹² Mit Einführung der Grundsicherung für Arbeitssuchende im Jahr 2005 erhielten Zeiten des Bezugs von Arbeitslosengeld II (ALG II) den Status von Beitragszeiten; Rentenbeiträge wurden auf einer Bemessungsgrundlage von zunächst 400 Euro, ab dem Jahr 2007 dann auf Basis von 205 Euro entrichtet. Seit 2011 werden Zeiten der Arbeitslosigkeit mit ALG-II-Bezug als (unbewertete) Anrech-

9 Im Zusammenhang mit der Anhebung der Regelaltersgrenze seit 2012 auf am Ende 67 Jahre steigt auch das abschlagsfreie Referenzalter für EM-Renten von 63 auf 65 Jahre; die maximale Abschlagshöhe beträgt unverändert 10,8 Prozent und wird am Ende des Anhebungsprozesses bei allen EM-Rentenzugängen bis zum vollendeten 62. Lebensjahr relevant.

10 Leistungsbezug nach AFG bzw. SGB III sowie SGB II (2005 bis 2010).

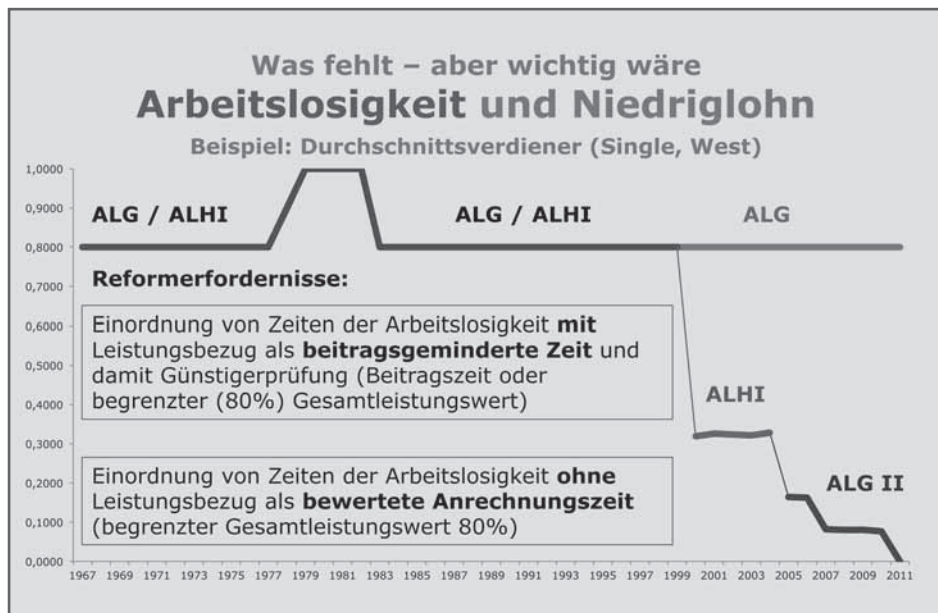
11 Kürzung der Bemessungsgrundlage für die RV-Beiträge (80 Prozent des vormaligen Bruttoentgelts) durch Multiplikation mit dem Faktor »ALHI-Zahlbetrag / Tabellen-ALHI«.

12 Zudem galt seit Mitte 1996 die »ALHI-Rutsche«, eine pauschale Herabbemessung des ALHI-Bemessungsentgelts zunächst für den ALHI-Bestand zum 1. Juli 1996 sowie anschließend im Rahmen der jährlichen Dynamisierung um jeweils drei Prozent.

Was fehlt – aber wichtig wäre Arbeitslosigkeit und Niedriglohn

	1957 – 06/1978	07/1978 – 1982	1983 – 1991	1992 – 1994	1995 – 1996	1997	1998 – 1999	2000 – 2004	2005 – 2006	2007 – 2010	seit 2011
Zeiten der Arbeitslosigkeit mit Leistungsbezug											
Rentenrechtliche Zt	Anr-Zt	Beitr-Zt	Anr-Zt	Beitr-Zt u. Anr-Zt			Beitr-Zt			ALG: Beitr-Zt ALG II: Anr-Zt	
Beitragszahlung auf Basis ...											
ALG		des vormaligen Brutto	der BA-Leistung (pauschal)	der BA-Leistung	von 80% des vormaligen Brutto						
ALHI	/			von 80% ...	von 80% ... x ALHI-Zahlbetrag / Tabellen-ALHI	der BA-Leistung	/				
ALG II	/						von 400 €	von 205 €	/		
Bewertung von Zeiten der Arbeitslosigkeit											
Mit L-Bezug	bewertete Anr-Zt	Beitr-Zt	bewertete Anr-Zt	beitragsgeminderte Zt (Grund- / Vergleichsbewertung)			Beitr-Zt			ALG: Beitr-Zt ALG II: Anr-Zt	
Ohne L-Bezug	unbewertete Anr-Zt										

Folie 10



Folie 11

nungszeiten behandelt¹³; dies galt bisher schon generell für Zeiten der Arbeitslosigkeit ohne Leistungsbezug.

Die unterschiedliche Behandlung und Bewertung von Zeiten der Arbeitslosigkeit hat unmittelbar Auswirkungen auf die Höhe der EM-Rente: Als (auch noch so gering bewertete) Pflichtbeitragszeiten erhöhen sie die Summe der Entgeltpunkte für Beitragszeiten. Auf der anderen Seite mindern sie aber gerade wegen ihrer geringen Höhe den individuellen Gesamtleistungswert (EP/Beitragsmonat), der wiederum für die Bewertung der Zurechnungszeit maßgebend ist.

Exkurs: Kindererziehungszeiten und Gesamtleistungswert

Eine Änderung des Leistungsrechts, die v.a. Wirkungen auf die durchschnittlichen Zahlbeträge der EM-Renten an Frauen hatte, griff mit dem Rentenreformgesetz 1999 (RRG 99) mit Wirkung ab Juli 1998 Platz. Bis zu diesem Zeitpunkt gingen Zeiten der Kindererziehung¹⁴ als Beitragszeit mit 75 Prozent des Durchschnittsentgelts in die Rentenberechnung ein; gleichzeitig vorliegende Pflichtbeiträge bspw. aus versicherungspflichtiger Beschäftigung schränkten allerdings die rentensteigernde Wirkung der Kindererziehungszeit ein und konnten sie – ab einem Verdienst von 75 Prozent des Durchschnittsentgelts – sogar aufheben. Mit dem RRG 99 wurde die Bewertung von Kindererziehungszeiten in Stufen von

75 Prozent über 85 Prozent (Juli 1998), 90 Prozent (Juli 1999) auf schließlich 100 Prozent (Juli 2000) des Durchschnittsentgelts angehoben. Dies alleine erklärt aber noch nicht das Ausmaß des Sprungs bei den Zahlbeträgen der EM-Renten an Frauen im Jahr 2000 gegenüber dem Zugang 1997 – besonders ausgeprägt in den neuen Ländern mit 17 Prozent Zuwachs (West: 5,6 Prozent). Kindererziehungszeiten werden nämlich seither auch additiv zu gleichzeitig vorliegenden sonstigen Beitragszeiten angerechnet.¹⁵ Die additive Anrechnung schlägt u.a. bei ostdeutschen Frauenerwerbsbiografien positiv zu Buche.

Die Höherbewertung von Kindererziehungszeiten hat schließlich auch Auswirkungen auf die Bewertung beitragsgeminderter und beitragsfreier Zeiten – im vorliegenden Zusammenhang also v.a. der Zurechnungszeit. Zum einen, weil die Höherbewertung direkt die Summe der Entgeltpunkte für Beitragszeiten erhöht, und zum anderen, weil Kinderberücksichtigungszeiten¹⁶, denen als solche keine unmittelbar rentensteigernde Wirkung zukommt, bei der Ermittlung des Gesamtleistungswerts die Entgeltpunkte zugeordnet werden, die sich ergeben würden, wenn diese Kalendermonate Kindererziehungszeiten wären.

Hauptsächlich infolge der höheren Bewertung sowie der additiven Anrechnung von Kindererziehungszeiten stieg der Gesamt-

13 Ausnahme: Zeiten der Arbeitslosigkeit mit ALG-II-Bezug vor vollendetem 25. Lebensjahr, die unter das System der Gesamtleistungsbewertung fallen.

14 Für vor 1992 geborene Kinder 12 Kalendermonate pro Kind und für nach 1991 geborene Kinder 36 Kalendermonate pro Kind.

15 Maximal bis zur jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze.

16 Die Zeit der Erziehung eines Kindes bis zu dessen vollendetem zehnten Lebensjahr ist bei einem Elternteil eine Berücksichtigungszeit, soweit die Voraussetzungen für die Anrechnung einer Kindererziehungszeit auch in dieser Zeit vorliegen.

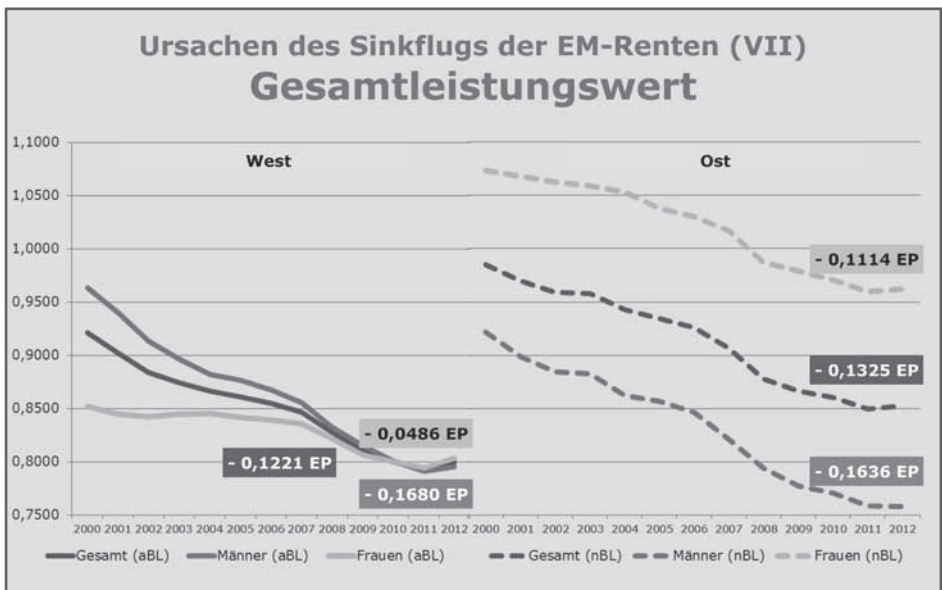
leistungswert bei den EM-Rentenzugängen der Frauen in den neuen Ländern von 1997 bis 2000 um knapp 0,26 Entgeltpunkte von 0,8176 EP auf 1,0735 EP pro Jahr der Zurechnungszeit. Wie nachhaltig diese Änderung im Leistungsrecht wirkt, lässt sich auch daran ablesen, dass der Gesamtleistungswert der Frauen seither deutlich oberhalb desjenigen der Männer liegt (Folie 12). In den alten Ländern betrug der Anstieg hingegen nur 0,1 EP (von 0,7551 EP auf 0,8518 EP). Je niedriger das Zugangsalter ausfällt, umso höher ist die relative Bedeutung des Wertes der Zurechnungszeit für die Höhe der Erwerbsminderungsrente. Die im Rahmen des Rentenpakets der Koalition vorgesehene Erhöhung der Kindererziehungszeit für Geburten vor 1992 um ein Jahr ab Juli 2014 wird bei noch nicht verrenteten Frauen, die im zweiten Lebensjahr

ihres Kindes versicherungspflichtig beschäftigt waren, ebenfalls zu einer Erhöhung des Gesamtleistungswertes führen und damit auch über diesen Weg die Höhe einer evtl. EM-Rente positiv beeinflussen.

Soziodemografische Struktur der Rentenzugänge

Die Anzahl der EM-Rentenzugänge ist im Betrachtungszeitraum um annähernd 17 Prozent zurückgegangen¹⁷ – bei einer Abnahme der Zahl der Zugänge an Versichertenrenten insgesamt um knapp ein Viertel. Eine der hinter diesen Entwicklungen liegende Strukturverschiebung betrifft das zahlenmäßige Verhältnis der Geschlechter; dies hat sich inzwischen weitgehend angeglichen. Im Jahr 2000 betrug der Anteil

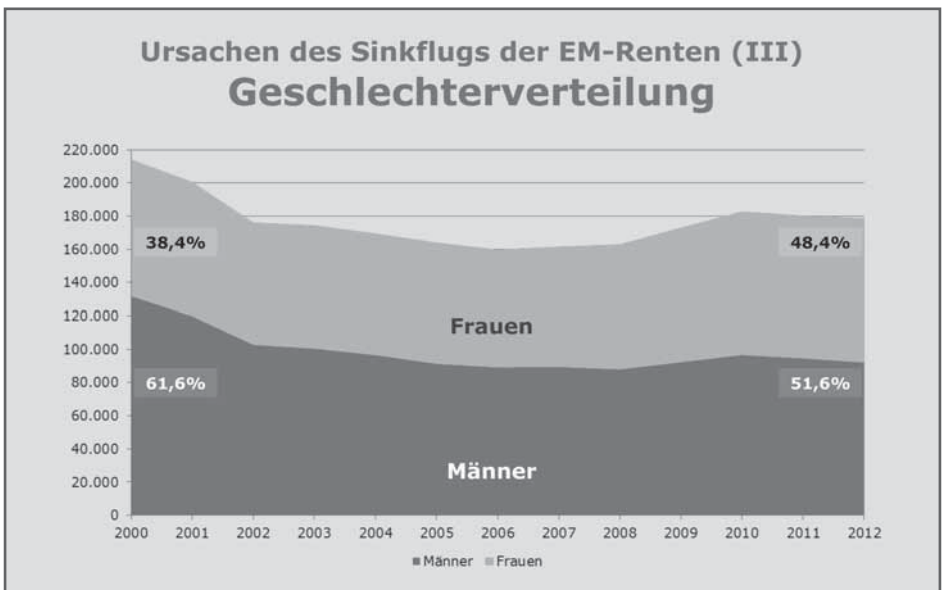
17 Zu den möglichen Ursachen vgl. Kaldybajewa, K., Kruse, E., a.a.O., S. 207 ff.



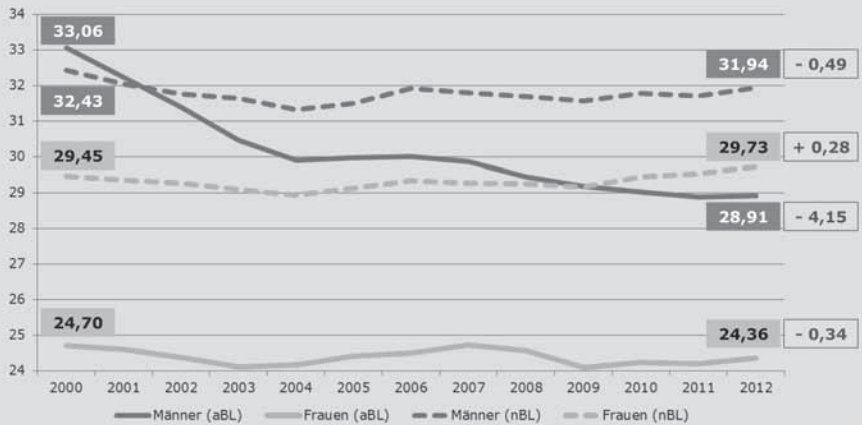
der Frauen am EM-Rentenzugang noch gut 38 Prozent – 2012 waren es bereits gut 48 Prozent (Folie 13). Auch bedingt durch die starke Bedeutungszunahme psychischer Ursachen – beispielsweise gegenüber den früher dominierenden Skelett-, Muskel- und Bindegewebserkrankungen – für die Bewilligung einer EM-Rente lässt sich die Vermutung aufstellen, dass Frauen der Zugang zu einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung nach neuem Recht eher möglich ist als dies nach altem Recht der Zugang in eine Berufsunfähigkeitsrente war, die von ihren Anspruchsvoraussetzungen stark statusbezogen ausgerichtet war und damit de facto hauptsächlich männliche Berufskarrieren erfasste. Frauen haben im Durchschnitt kürzere Erwerbsverläufe und auch eine niedrigere Entgeltposition als Männer, so dass ihre

Rentenanwartschaften und damit auch die Zahlbeträge bei Erwerbsminderung geringer ausfallen. Allerdings haben sich die Rentenzahlbeträge zwischen Männern und Frauen im Beobachtungszeitraum bei insgesamt sinkendem Niveau zunehmend angeglichen. Für den Sinkflug der Zahlbeträge insgesamt müssen demnach weitere Ursachen maßgebend sein.

Von wesentlicher Bedeutung ist hierbei die rückläufige Anzahl der Beitragsjahre bei den westdeutschen Männern um im Durchschnitt gut vier Jahre auf zuletzt nur noch knapp 29 Jahre (Folie 14). Entfielen bei ihnen im Jahr 2000 noch durchschnittlich 33,69 Entgeltpunkte auf Beitragszeiten, so waren es 2012 nur noch 25,31 Entgeltpunkte – was einer Minderung um 8,38 Entgelt-

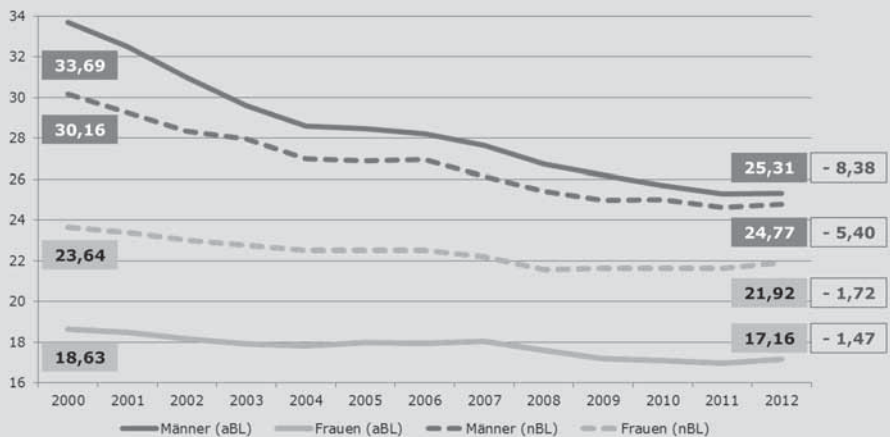


Ursachen des Sinkflugs der EM-Renten (IV) Anzahl der Beitragsjahre



Folie 14

Ursachen des Sinkflugs der EM-Renten (V) Entgeltpunktesumme für Beitragsjahre



Folie 15

punkte entspricht (Folie 15). Dagegen lagen die ostdeutschen Männer mit 31,94 Beitragsjahren nur sechs Monate unterhalb des Durchschnittswertes von 2000. Aber auch bei ihnen sank die durchschnittliche Anzahl an Entgeltpunkten für diese Zeiten um 5,4 Entgeltpunkte auf 24,77 Entgeltpunkte im Durchschnitt des Zugangsjahres 2012. Die sinkende Anzahl der Beitragsjahre geht im Beobachtungszeitraum augenscheinlich einher mit einer sinkenden durchschnittlichen Entgeltposition der erwerbsgeminderten Männer in West und Ost – der Rückgang der Entgeltpunkte für Beitragsjahre fiel prozentual stärker aus als der Rückgang alleine der Beitragsjahre.

Beide Entwicklungen – eine sinkende Zahl an Beitragsjahren und eine geringere Entgeltposition – führen unmittelbar wie auch mittelbar über einen niedrigeren Gesamtleistungswert für die Zurechnungszeit zu sinkenden Rentenbeträgen.

Abschließend soll noch ein Blick auf das Versicherungsverhältnis der neu zugegangenen Erwerbsgeminderten am Ende des Kalenderjahres vor dem Leistungsfall geworfen werden (Folie 16). Auch hier zeigen sich deutliche Strukturverschiebungen. Während im Jahr 2000 noch 54,5 Prozent aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung in Erwerbsminderungsrente zuzugingen, waren es 2012 gerade noch 44 Prozent. Ein mit 38,2 Prozent (2011) fast gleich hoher Anteil war zuvor im Leistungsbezug nach dem SGB III bzw. dem SGB II – im Jahr 2000 waren dies noch 23,3 Prozent.

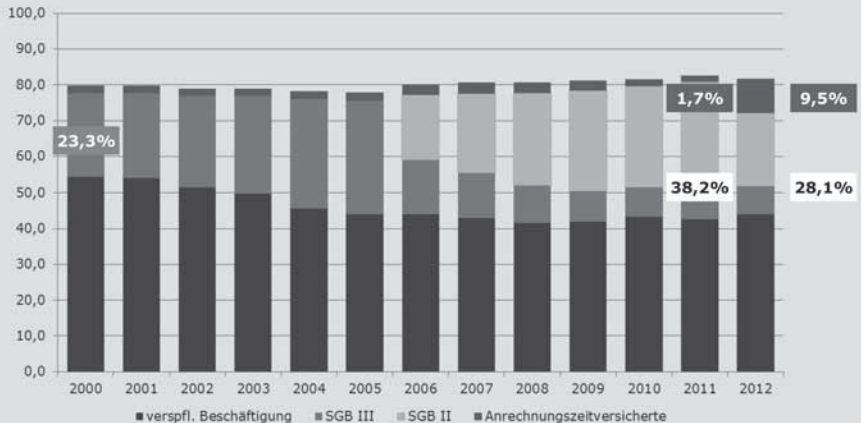
Alleine 30 Prozent des Zugangs 2011 waren zuvor im Leistungsbezug nach SGB II, das

aus der Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe hervorgegangen ist. Von 2005 bis 2010 waren Zeiten des ALG-II-Bezugs (sehr niedrig bewertete) Pflichtbeitragszeiten. Infolge der Ausweitung des Versichertenkreises auf zuvor in der Regel nicht versicherungspflichtige Sozialhilfeempfänger konnten (alleine) durch den Bezug von ALG II (erstmals) die Zugangsvoraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllt werden.¹⁸ Im Falle eintretender Erwerbsminderung liegen die Renten in solchen Fällen meist besonders niedrig. Nicht nur, dass Zeiten des ALG-II-Bezugs nur sehr geringe Rentenanwartschaften erbringen; wegen der sehr niedrigen Pflichtbeiträge drücken sie zudem auch den Gesamtleistungswert von Versicherten mit einer ansonsten (deutlich) höheren Entgeltposition, was sich am Ende negativ auf deren Rentenzahlbetrag auswirkt

Vom Zugang 2012 kamen 28,1 Prozent der Erwerbsgeminderten aus dem Leistungsbezug nach SGB III bzw. SGB II; dieser Anteilsrückgang um rd. 10 Prozentpunkte gegenüber dem Zugang 2011 ist allerdings weniger den realen Verhältnissen als vielmehr dem statistischen Ausweis infolge der Rechtsänderung hinsichtlich der Beitragspflicht bei ALG II geschuldet. Zeiten des ALG-II-Bezugs sind seit 2011 nicht mehr Pflichtbeitragszeiten, sondern Anrechnungszeiten; entsprechend wird das Versicherungsverhältnis am Ende des Kalenderjahres vor Eintritt der Erwerbsminderung für jenen hier in Rede stehenden Personenkreis, des-

¹⁸ Dies meint v.a. das Erfordernis der drei Pflichtbeitragsjahre innerhalb der letzten fünf Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung.

Ursachen des Sinkflugs der EM-Renten (VI) Versicherungsverhältnis am 31.12. vor EM



Folie 16

EM-Renten im Koalitionsvertrag für die 18. WP Günstigerprüfung (Beispiel mit ALG II)

1982 – 2009 (28 Jahre):
Durchschnittliche
Entgeltposition **80,00%**
EP-Summe: 22,4000 EP

10 Jahre
ZZt
à 77,52%

Geltendes Recht:

29 Beitragsjahre = 22,4813 EP
10 Jahre (à **0,7752 EP**) ZZt
= 7,7520 EP
Zusammen = **30,2333 EP**

2010 (1 Jahr ALG II):
Entgeltposition **8,13%**
0,0813 EP

10 Jahre
ZZt
à 80,00%

Günstigerprüfung:

29 Beitragsjahre = 22,4813 EP
10 Jahre (à **0,8000 EP**) ZZt
= 8,0000 EP
Zusammen = **30,4813 EP**

1982 – 2010 (29 Jahre):
Entgeltposition **77,52%**
EP-Summe: 22,4813 EP

Differenz: **0,2480 EP**
oder **6,98 EUR** Bruttorente (West)
bei heutigem AR (28,14 EUR)

Folie 17

sen Erwerbsminderung nach 2011 eintrat und dessen Zugang in EM-Rente 2012 oder später erfolgt, als sogenannte Anrechnungszeitversicherung ausgewiesen. Der Anteil dieser Anrechnungszeitversicherten stieg infolge der Neuregelung von 1,7 Prozent (2011) auf 9,5 Prozent beim Rentenzugang 2012.

All diese Entwicklungen kumulieren am Ende in der Höhe des sogenannten Gesamtleistungswerts, der (vereinfacht) die durchschnittliche Entgeltposition der Versicherten widerspiegelt (Folie 12) und mit dem die Zurechnungszeit bewertet wird. Dieser Wert sank über den Betrachtungszeitraum in den alten wie auch in den neuen Ländern um gut 13 Prozent. Betrug er im Jahr 2000 im Westen noch 0,9213 Entgeltpunkte (Ost: 0,9850 Entgeltpunkte), so waren es beim Zugang 2012 gerade einmal 0,7992 Entgeltpunkte (Ost: 0,8525 Entgeltpunkte). Damit lag die Entgeltposition bei den Männern (West wie Ost) des Zugangs 2012 um gut 17 Prozent niedriger als beim Zugang 2000; bei den West-Frauen betrug das Minus knapp sechs Prozent und bei den Ost-Frauen gut zehn Prozent.

4. Reform der Erwerbsminderungsrenten in der 18. Wahlperiode

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD hält für den Regelungsbereich der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit fest: „Wir werden die Zurechnungszeit bei der Erwerbsminderungsrente zum 1. Juli 2014 um zwei Jahre anheben (von 60 auf 62). Für die letzten vier Jahre vor

der Erwerbsminderungsrente erfolgt eine Günstigerprüfung.“¹⁹ Der inzwischen vorliegende Gesetzentwurf²⁰ konkretisiert dieses Vorhaben.

Zunächst zur Günstigerprüfung der letzten vier Jahre (Folie 17). Gesundheitliche Beeinträchtigungen, die am Ende eine Erwerbsminderung zur Folge haben, stellen sich in den Versichertenbiografien häufig als schleichender Prozess dar. Die letzten Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung sind dabei meist geprägt durch längere Krankheitszeiten, gesundheitsbedingte Arbeitszeitreduzierung oder auch Arbeitslosigkeit. So kann etwa der Bezug von ALG II (bis 2010) wegen der sehr niedrigen Beiträge den Gesamtleistungswert senken. Wer beispielsweise im Jahr 2011 nach 28 Beitragsjahren mit einer Entgeltposition von 80 Prozent in EM-Rente ging und zuvor noch ein Jahr ALG II bezogen hat, dessen Gesamtleistungswert fiel von 80 Prozent auf 77,52 Prozent. Vergleichbare Wirkungen haben etwa eine gesundheitsbedingte Arbeitszeitreduzierung oder längere Krankheitszeiten jenseits des Lohnfortzahlungszeitraums. Die Günstigerprüfung der letzten vier Jahre will die mit derartigen Sachverhalten verbundenen negativen Rückwirkungen auf den Wert der Zurechnungszeit und damit auf die Höhe der EM-Rente vermeiden.

Eine Erhöhung der Zurechnungszeit ist seinerzeit im Zusammenhang mit der Anhe-

19 Deutschlands Zukunft gestalten Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 18. Legislaturperiode vom 27.11.2013.

20 Entwurf eines Gesetzes über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungsgesetz), BRDrs 25/14 vom 31.01.2014.

bung der Regelaltersgrenze von 65 Jahren auf am Ende 67 Jahre unterblieben. Dies soll nunmehr nachgeholt werden, indem das Endalter der Zurechnungszeit für Renten-neuzugänge unmittelbar von 60 auf 62 Jahre angehoben wird. Bezogen auf die EM-Renten des Zugangsjahres 2012 würde dies einer Zahlbetragserhöhung um knapp sechs Prozent entsprechen (Folie 18). Damit läge der durchschnittliche Zahlbetrag allerdings nur bei den Männern im Westen mit 683 Euro wieder knapp oberhalb des Existenzminimums von seinerzeit 667 Euro. In allen anderen Fällen würde diese Schwelle nach wie vor zum Teil deutlich unterschritten.

5. Was fehlt – aber wichtig wäre

Die Verlängerung der Zurechnungszeit und die Günstigerprüfung bei deren Bewertung sind richtige und wichtige Schritte. Unter Beibehaltung der Rentenabschläge und der weiteren Rentenniveausenkung bleibt das Reformvorhaben der Koalition aber deutlich hinter den sozialpolitischen Erfordernissen zurück.

Abschaffung der Rentenabschläge

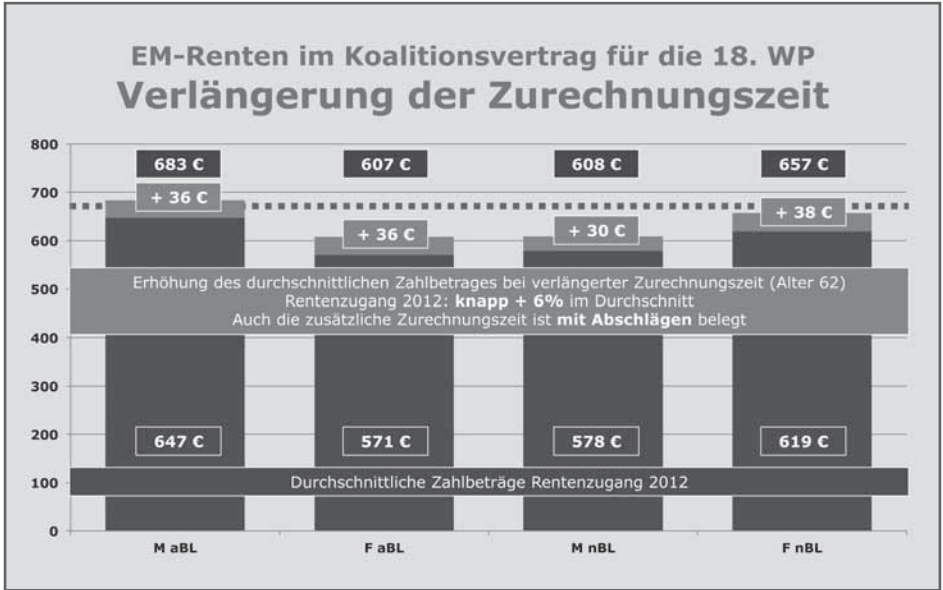
Begründet wurde die stufenweise Einführung von Rentenabschlägen bei EM-Renten in den Jahren 2001 bis 2003 mit dem Hinweis darauf, dass es anderenfalls Ausweichreaktionen von der (abschlagsgeminderten) vorgezogenen Alters- in die (abschlagsfreie) EM-Rente geben werde. Dieser Hinweis gründet auf der Annahme, dass es – die versicherungsrechtlichen Zugangsvoraussetzungen als gegeben unterstellt – typischerweise eine Wahlmöglichkeit zwischen

einer EM-Rente auf der einen und einer vorgezogenen Altersrente auf der anderen Seite gibt. Eine solche Wahlmöglichkeit ist aber überhaupt nur für (ältere) Versicherte denkbar, die auf die Beantragung einer EM-Rente verzichten, obwohl sie deren Zugangsvoraussetzungen unter medizinischem Gesichtspunkt erfüllen. Die Annahme, Erwerbsgeminderte unterliefen mit dem Rückgriff auf eine (abschlagsfreie) EM-Rente die Abschläge bei vorgezogener Altersrente, kann empirisch nicht belegt werden.

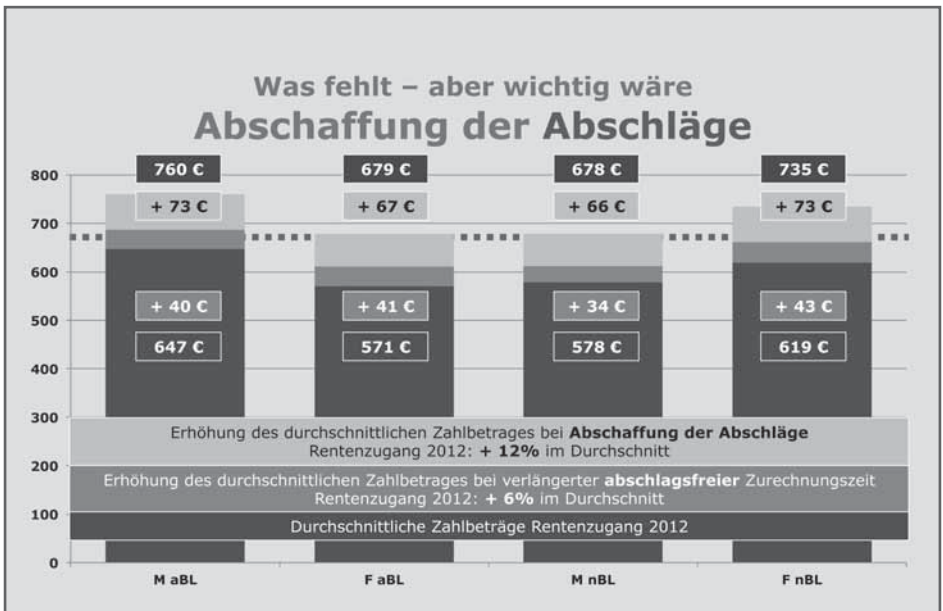
Der seinerzeitige Gesetzentwurf der rot-grünen Koalition konnte als „Beleg“ für derartige Ausweichreaktionen ausschließlich auf die (Beibehaltung der) arbeitsmarktbedingten Erwerbsminderungsrenten verweisen. Deren Anteil (1998 rund 33 Prozent) werde bei abschlagsfreier Gewährung »erheblich« steigen.²¹ Arbeitsmarktbedingte (volle) Erwerbsminderungsrenten stellten im Jahr 2012 mit 26.426 Renten noch 14 Prozent des Rentenzugangs wegen Erwerbsminderung. Rentenabschläge ließen sich schon zur Jahrhundertwende allenfalls bei diesen „Arbeitsmarktrenten“ und dort auch nur für den Unterschiedsbetrag zwischen der arbeitsmarktbedingt vollen EM-Rente und der arbeitsmarktunabhängigen Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung rechtfertigen.

Ohne Rentenabschläge läge der Zahlbetrag bei den EM-Renten des Zugangsjahres 2012 um zwölf Prozent höher. Zusammen mit

21 Vgl. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, BTDrs 14/4230 vom 09.10.2000, S. 23 f.



Folie 18



Folie 19

der dann ebenfalls abschlagsfreien Zurechnungszeit von zusätzlich zwei Jahren würde dies im Ergebnis zu einer Erhöhung der EM-Renten um 18 Prozent führen. Damit lägen die durchschnittlichen Zahlbeträge in West und Ost sowie bei Männern und Frauen wieder (leicht) oberhalb des Existenzminimums von einem Zwölftel des steuerlichen Grundfreibetrages (Folie 19).

Rentenrechtliche Behandlung von Zeiten der Arbeitslosigkeit und der Niedriglohnbeschäftigung

Der Sinkflug der durchschnittlichen Zahlbeträge bei neu zugewandenen EM-Renten seit Beginn des vergangenen Jahrzehnts lässt sich auf ein Bündel unterschiedlicher Ursachen zurückführen. Die im Jahr 2001 eingeführten Abschläge liefern nur eine Teilerklärung, zumal parallel zu den Abschlägen auch die Zurechnungszeit verlängert wurde. Eine mindestens ebenso große Bedeutung wie den Abschlägen kommt daher den soziodemografischen Strukturveränderungen im Rentenzugang zu – dies sind v.a. ein gestiegener Frauenanteil, stark rückläufige Beitragszeiten in Kombination mit einer im Durchschnitt gesunkenen Entgeltposition bei den Männern sowie insgesamt eine gestiegene Bedeutung von Zeiten der (Langzeit-)Arbeitslosigkeit.

Diese Entwicklungen verweisen zugleich darauf, dass eine Reform des Leistungsrechts der Erwerbsminderungsrenten, die sich auf die Verlängerung der Zurechnungszeit und die Abschaffung der Abschläge beschränkt, am Ende zu kurz greifen dürfte. Das Risiko der Erwerbsminderung konzentriert sich zu-

nehmend auf sozial „Schwächere“²². Zeiten der Niedriglohnbeschäftigung sowie Zeiten der (Langzeit-)Arbeitslosigkeit prägen die Erwerbsverläufe dieses Personenkreises in weit größerem Ausmaß als dies im Durchschnitt aller Versicherungsbiografien der Fall ist. Soziale Risiken und Benachteiligungen am Arbeitsmarkt kumulieren so in ihren negativen Wirkungen auf die Rentenanwartschaften – bei EM-Renten wie auch bei Altersrenten.

Sollen diese Folgen mit unmittelbarer Wirkung abgemildert werden, muss (neben einem ausreichend hohen und allgemein gültigen Mindestlohn, der allerdings immer nur Rentenanwartschaften der Zukunft berührt) zum einen die Regelung zur sogenannten Rente nach Mindestentgeltpunkten, mit der geringe Pflichtbeiträge um 50 Prozent ihres Wertes auf maximal 75 Prozent des Durchschnittsentgelts aufgewertet werden können, auf Zeiten der Niedriglohnbeschäftigung nach 1991 verlängert werden (Folie 20).

Zum anderen müssen (a) Zeiten der Arbeitslosigkeit mit Leistungsbezug (ALG, ALHI, ALG II) den Status beitragsgeminderter Zeiten erhalten und (b) Zeiten der Arbeitslosigkeit ohne Leistungsbezug könnten wieder, wie schon vor Juli 1978, den Status bewerteter Anrechnungszeiten erhalten (Folien 10 und 11). Als beitragsgeminderte Zeiten (a) gingen diese Zeiten dann mit dem evtl. höheren (begrenzten) Gesamtleistungswert in die Ermittlung der Rentenhöhe ein. Zeiten des ALG-II-Bezugs in den Jahren

22 Kaldybajewa, K., Kruse, E., aa.O., S. 210.

Was fehlt – aber wichtig wäre Arbeitslosigkeit und Niedriglohn

Jahr	Durchschnitts-entgelt	Mindest-lohn	Jahreslohn (37,7 WStd)	Entgelt-position in %
2015	35.595	8,50	16.720	46,97
2016	36.520	8,72	17.153	46,97
2017	37.470	8,95	17.605	46,98
2018	38.444	9,18	18.057	46,97
2019	39.559	9,45	18.589	46,99
2020	40.746	9,73	19.139	46,97
2021	41.968	10,02	19.710	46,96
2022	43.227	10,32	20.300	46,96
2023	44.524	10,63	20.910	46,96
2024	45.860	10,95	21.539	46,97
2025	47.236	11,28	22.188	46,97
2026	48.653	11,62	22.857	46,98
2027	50.113	11,97	23.545	46,98
2015 - 2027	+ 41 %	+ 41 %		~+ 0 %

Mindestlohn von 8,50 EUR reicht nicht zur Existenzsicherung im Alter (nötig wäre bei 45 Beitragsjahren aktuell eine Entgelt-position **61,43%**).

Ein Mindestlohn wirkt immer nur auf künftige Anwartschaften.

Für Niedriglohnzeiten der Vergangenheit ist eine Verlängerung der Regelungen zur Rente nach Mindestentgelt-punkten erforderlich

Folie 20

2005 bis 2010 etwa hätten dann – unabhängig von ihrer zeitlichen Lage im Rahmen der individuellen Versichertenbiografie – in der Regel keine negativen Auswirkungen mehr auf die Rentenhöhe. Vor allem (langzeit-)arbeitslose Frauen scheiterten und scheitern häufig am Leistungsbezug, da bei der früheren Arbeitslosenhilfe Partnereinkommen zu berücksichtigen war, und beim heutigen ALG II das Gesamteinkommen der Bedarfsgemeinschaft ausschlaggebend ist. Lag keine Leistungsberechtigung vor, so wurden auch keine Rentenbeiträge abgeführt. Zeiten der Arbeitslosigkeit ohne Leistungsbezug (b) haben derzeit den Status unbewerteter Anrechnungszeiten – ihre Einbeziehung in das System der (begrenzten) Gesamtleistungsbewertung hätte deutlich positive Auswirkungen auf die Rentenhöhe der Betroffenen.

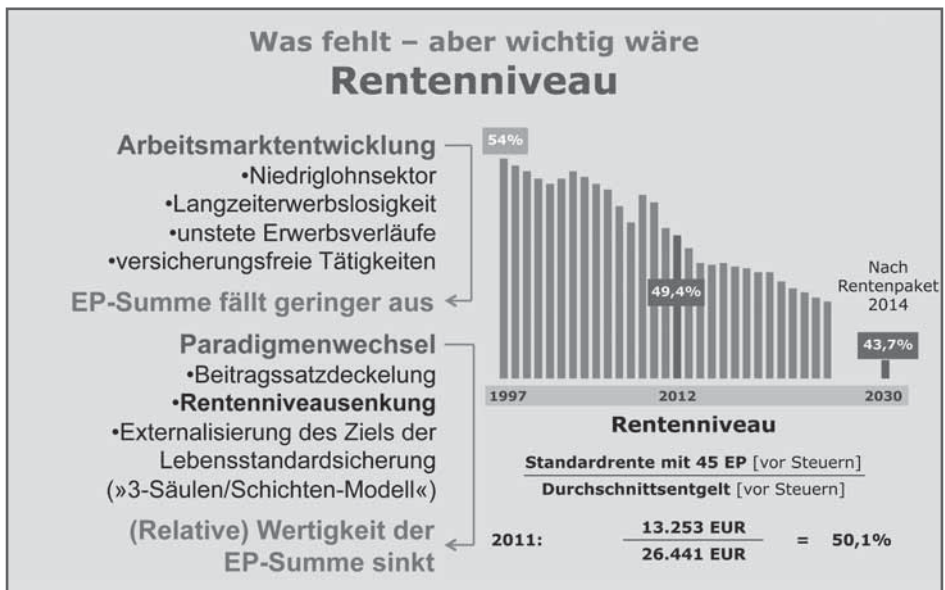
Stopp der weiteren Rentenniveausenkung

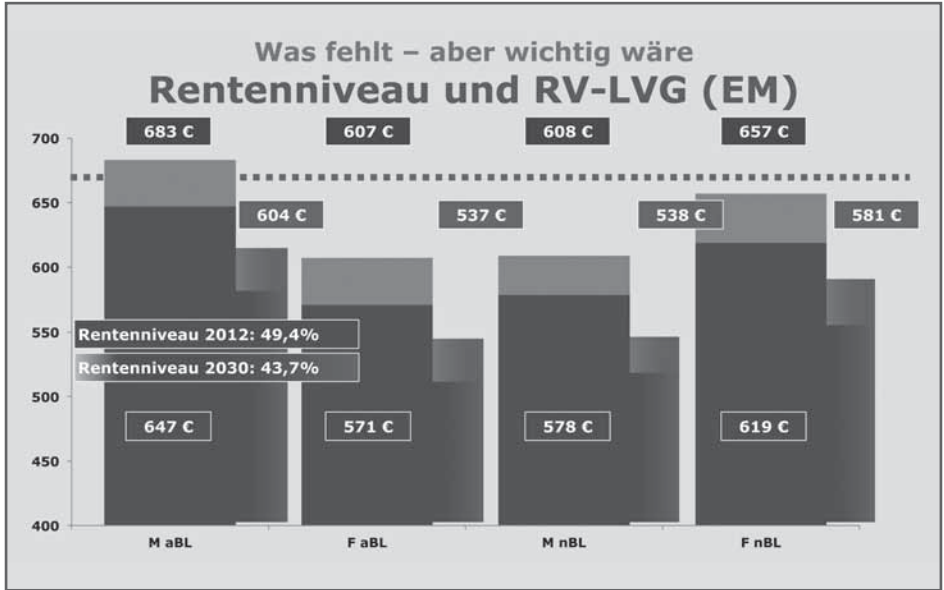
Die Entwicklungen am Arbeitsmarkt wie etwa die Bedeutungszunahme des Niedriglohnsektors, von Langzeiterwerbslosigkeit, unsteter Erwerbsverläufe und versicherungsfreier Tätigkeiten führen je für sich und erst recht in Kombination für die betroffenen Personenkreise zu einer in der Summe sinkenden Anzahl von Entgeltpunkten. Der zur Jahrhundertwende von Rot-Grün vollzogene Paradigmenwechsel in der Renten- und Alterssicherungspolitik wird am Ende ein um rund 20 Prozent niedrigeres Rentenniveau zur Folge haben. Dadurch verlieren die ohnehin bereits geringeren Rentenanwartschaften auch noch zusätzlich an Wertigkeit – relativ zu den Löhnen. Betrug das Rentenniveau (Sicherungsniveau vor Steuern) im Jahr 2012 noch 49,4 Prozent, so wird es laut Gesetzentwurf zum

Rentenpaket der Koalition bis 2030 weiter auf 43,7 Prozent sinken (Folie 21).

gesetzlichen Rente bilden somit die zentrale Stellschraube auch zur Vermeidung von Erwerbsminderungs- und Altersarmut.

Infolge des weiter sinkenden Rentenniveaus werden aber selbst die kleinen Reformschritte der großen Koalition am Ende wieder konterkariert. Auf heutiger Wertebasis fällt der durch die anstehende Reform bei den EM-Renten zunächst um knapp sechs Prozent steigende Zahlbetrag anschließend durch die weitere Niveausenkung bis 2030 wieder um 11,5 Prozent. Verglichen mit den Löhnen sind die EM-Renten dann trotz verlängerter Zurechnungszeit deutlich weniger wert als sie es noch im Zugangsjahr 2012 ohne die längere Zurechnungszeit waren (Folie 22). Ein Stopp der weiteren Senkung des Rentenniveaus und eine Rückkehr zur lebensstandardsichernden Ausrichtung der





Folie 22