

Hagen, Christine; Himmelreicher, Ralf K.; Kemptner, Daniel; Lampert, Thomas

Working Paper

Soziale Unterschiede beim Zugang in Erwerbsminderungsrente:
Eine Analyse auf Basis von Scientific Use Files des
Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV)

RatSWD Research Note, No. 44

Provided in Cooperation with:

German Data Forum (RatSWD)

Suggested Citation: Hagen, Christine; Himmelreicher, Ralf K.; Kemptner, Daniel; Lampert, Thomas (2010) : Soziale Unterschiede beim Zugang in Erwerbsminderungsrente: Eine Analyse auf Basis von Scientific Use Files des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV), RatSWD Research Note, No. 44, Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten (RatSWD), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/43641>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



Rat für Sozial- und
Wirtschaftsdaten (RatSWD)

www.ratswd.de

RatSWD

Research Notes

Research Note

No. 44

Soziale Unterschiede beim Zugang in
Erwerbsminderungsrente. Eine Analyse
auf Datenbasis von Scientific Use Files
des Forschungsdatenzentrums der
Rentenversicherung (FDZ-RV)

Christine Hagen, Ralf K. Himmelreicher,
Daniel Kemptner, Thomas Lampert

Juni 2010

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Research Notes des Rates für Sozial- und Wirtschaftsdaten (RatSWD)

In der Publikationsreihe *RatSWD Research Notes* erscheinen empirische Forschungsergebnisse, beruhend auf Daten, die über die durch den RatSWD empfohlene informationelle Infrastruktur zugänglich sind. Die Pre-Print-Reihe startete Ende 2007 unter dem Titel *RatSWD Working Papers*.

Arbeiten aus allen sozialwissenschaftlichen und wirtschaftswissenschaftlichen Disziplinen können in der Reihe erscheinen. Die Reihe *RatSWD Research Notes* bietet einen Einblick in die vielfältigen wissenschaftlichen Anwendungsmöglichkeiten empirischer Daten und Statistiken und richtet sich somit an interessierte, empirisch arbeitende Wissenschaftler/innen ebenso wie an Vertreter/innen öffentlicher Einrichtungen der Datenerhebung und der Forschungsinfrastruktur.

Die *RatSWD Research Notes* sind eine Plattform für eine frühzeitige zentrale und weltweit sichtbare Veröffentlichung von auf empirischen Daten basierenden Forschungsergebnissen und konzeptionellen Ideen zur Gestaltung von Erhebungen. *RatSWD Research Notes* sind nicht-exklusiv, d. h. einer Veröffentlichung an anderen Orten steht nichts im Wege. Alle Arbeiten können und sollen auch in fachlich, institutionell und örtlich spezialisierten Reihen erscheinen. *RatSWD Research Notes* können nicht über den Buchhandel, sondern nur online über den RatSWD bezogen werden.

Um nicht deutsch sprechenden Leser/innen die Arbeit mit der neuen Reihe zu erleichtern, sind auf den englischen Internetseiten der RatSWD Research Notes nur die englischsprachigen Papers zu finden, auf den deutschen Seiten werden alle Nummern der Reihe chronologisch geordnet aufgelistet.

Die Inhalte der Ausgaben stellen ausdrücklich die Meinung der jeweiligen Autor/innen dar und nicht die des RatSWD.

Herausgeber der RatSWD Research Notes Reihe:

Vorsitzender des RatSWD (2007/08 Heike Solga, seit 2009 Gert G. Wagner)

Geschäftsführer des RatSWD (Denis Huschka)

Soziale Unterschiede beim Zugang in Erwerbsminderungsrente. Eine Analyse auf Basis von Scientific Use Files des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung

Christine Hagen*, Ralf K. Himmelreicher**, Daniel Kempfner***, Thomas Lampert*

Zusammenfassung: Mit prozessproduzierten Daten des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV) werden soziale Unterschiede beim Zugang in die Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) untersucht, wobei auch die zugrunde liegenden und für die Rentenbewilligung maßgeblichen Krankheitsdiagnosen berücksichtigt werden. Die Datenbasis wird durch die Scientific Use Files des FDZ-RV der Jahre 2004, 2005 und 2006 gebildet. Betrachtet wird der erstmalige Bezug einer EM-Rente bei Versicherten, die zwischen 30 und 59 Jahre alt sind und in Deutschland leben. Soziale Unterschiede werden in erster Linie an der beruflichen Qualifikation festgemacht. Darüber hinaus werden Unterschiede zwischen Männern und Frauen sowie zwischen Versicherten in Ost- und Westdeutschland betrachtet. Die Ergebnisse zeigen, dass Versicherte mit niedriger beruflicher Qualifikation weitaus häufiger als diejenigen mit mittlerer und vor allem diejenigen mit hoher Qualifikation eine EM-Rente beziehen. Am deutlichsten treten diese Unterschiede bei EM-Rentenzugängen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen hervor, aber auch bei EM-Renten aufgrund von Herz-Kreislauf- und psychischen Erkrankungen zeichnen sie sich deutlich ab. Versicherte in Ostdeutschland haben ein höheres EM-Renten-Risiko als diejenigen in Westdeutschland, wobei die Ost-West-Unterschiede bei den Geringqualifizierten am größten ausfallen und mit steigendem Qualifikationsniveau abnehmen. Eine geschlechtsdifferenzierte Betrachtung zeigt, dass Männer häufiger als Frauen eine EM-Rente beziehen und sich der Zusammenhang zwischen beruflicher Qualifikation und EM-Rentenzugang bei beiden Geschlechtern ähnlich darstellt.

Keywords: Erwerbsminderungsrente, Morbidität, gesundheitliche Ungleichheit, Gesundheitsberichterstattung, Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung (FDZ-RV)

* Robert Koch-Institut, Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Berlin.

** Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung (FDZ-RV Berlin) und Institut für Soziologie, Freie Universität Berlin, Korrespondenzautor: ralf.himmelreicher@drv-bund.de.

*** Graduate Center, DIW Berlin.

1 Einleitung

Die sozialepidemiologische Forschung und die Gesundheitsberichterstattung haben inzwischen zahlreiche empirische Befunde dafür erbracht, dass zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage der Bevölkerung ein enger Zusammenhang besteht. Für viele chronische Krankheiten und Beschwerden gilt, dass sie bei Personen, die in Bezug auf Qualifikation, Berufsstatus und Einkommen als benachteiligt angesehen werden können, vermehrt auftreten und zudem oftmals einen ungünstigeren Verlauf nehmen (Mielck 2000, 2005). Als Grund hierfür wird neben einem riskanteren Gesundheitsverhalten, das z. B. an einem höheren Tabak- und Alkoholkonsum, einer geringeren körperlich-sportlichen Aktivität und einer ungünstigeren Ernährung festgemacht wird, vor allem auf die schlechteren Arbeits- und Lebensbedingungen sowie die geringeren sozialen Teilhabechancen verwiesen (Lampert et al. 2005; Richter / Hurrelmann 2009). Die soziale Ungleichverteilung vieler Krankheiten und Risikofaktoren spiegelt sich letztlich in der Lebenserwartung wider. Wie aktuelle Studien zeigen, liegt die mittlere Lebenserwartung bei Geburt in den Bevölkerungsgruppen, die einem Armutsrisiko ausgesetzt sind, etwa fünf bis zehn Jahre niedriger als in den Bevölkerungsgruppen mit hohem Einkommen (SVR 2006; Lampert et al. 2007).

In Deutschland basieren die meisten Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage auf Daten bevölkerungsrepräsentativer Gesundheitssurveys. Zu verweisen ist insbesondere auf die Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts, die bereits seit Mitte der 1980er Jahre durchgeführt werden und ein breites Themenspektrum abdecken (Kurth et al. 2008). Daneben gibt es eine Reihe weiterer Gesundheitssurveys und gesundheitsbezogener Studien, die allerdings thematisch stärker eingegrenzt sind, z.B. der Epidemiologische Suchtsurvey des Instituts für Therapieforschung und die Deutsche Mundgesundheitsstudie des Instituts der Deutschen Zahnärzte. Für die Analyse des sozial ungleich verteilten Krankheits- und Sterberisikos werden oftmals auch Daten sozialwissenschaftlicher Umfragen und der amtlichen Statistik genutzt, z.B. des Sozio-oekonomischen Panels bzw. des Mikrozensus; zunehmende Bedeutung kommt den Routinedaten der Sozialversicherungsträger zu (Himmelreicher et al. 2008). So können die Daten einzelner gesetzlicher Krankenkassen, z.B. der Gmünder Ersatzkasse und der Techniker Krankenkasse, im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen für wissenschaftliche Zwecke genutzt werden (Lampert / Saß 2006).

Eine vielversprechende Datenbasis für die sozialepidemiologische Forschung und Gesundheitsberichterstattung, die bislang kaum genutzt wird, stellen die Scientific Use Files des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV) dar. Im Folgenden werden diese herangezogen, um soziale Unterschiede beim Zugang in Erwerbsminderungsrenten zu

untersuchen. Neben den großen Fallzahlen ist ein Vorteil dieser Datenbasis, dass diese Rentenzugänge unter Berücksichtigung der zugrunde liegenden Diagnosen betrachtet werden können. Für die vorliegende Analyse wurden mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychischen Erkrankungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen drei Diagnosegruppen gesondert untersucht, denen für den Zugang zu Erwerbsminderungsrenten ein hoher Stellenwert zukommt. Soziale Unterschiede im Rentenzugang werden in erster Linie an der höchsten schulischen und beruflichen Qualifikation festgemacht, die sowohl für die Positionierung auf dem Arbeitsmarkt als auch für berufs- und arbeitsbedingte Belastungen und Risiken von erheblicher Bedeutung ist. Daneben werden geschlechtsspezifische Unterschiede und Besonderheiten zwischen Ost- und Westdeutschland aufgezeigt und diskutiert. Bevor die verwendeten Daten näher beschrieben und die Ergebnisse der statistischen Auswertungen dargestellt werden, werden zunächst die gesetzlichen Grundlagen der Erwerbsminderungsrente beschrieben und die untersuchungsleitenden Fragestellungen und Thesen erörtert.

2 Institutionelle Rahmenbedingungen

Im Jahr 1957 wurden die Renten wegen Berufsunfähigkeit (BU) und wegen Erwerbsunfähigkeit (EU) einheitlich für Arbeiter und Angestellte durch das Rentenreformgesetz (RRG‘ 1957) modifiziert. Zum 1.1.2001 trat das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (EM-ReformG) in Kraft: Damit wurden die bisherigen Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit für Neufälle abgelöst (§ 43 SGB VI). Nicht zuletzt auf Grund der Einführung des EM-ReformG haben die Zugänge in Erwerbsminderungsrente stetig abgenommen (Brussig / Wojtkowski 2006: 5).¹

Die krankheitsbedingte EM-Rente versichert insbesondere abhängig Beschäftigte gegen das Risiko einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit und der damit verbundenen materiellen Risiken. Entscheidendes Kriterium dafür, ob Versicherte eine EM-Rente erhalten, ist, inwieweit die berufliche Leistungsfähigkeit einer Person durch Krankheit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beeinträchtigt ist: Bei einem Leistungsvermögen von sechs und mehr Stunden pro Tag besteht kein Anspruch auf eine EM-Rente; sind Versicherte in der Lage zwischen drei bis unter sechs Stunden täglich zu arbeiten, erhalten sie eine Rente wegen teilweiser EM; und ist es für die Versicherten nicht möglich mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein, erhalten sie eine volle Erwerbsminderungsrente.²

¹ Im Jahr 2000 wurden in Deutschland 214.082 EM-Rentenzugänge gezählt, im Jahr 2008 waren es lediglich 162.839 (vgl. DRV 2009a: 78).

² Der Rentenartfaktor, der multiplikativ in die Rentenberechnung eingeht, beträgt bei vollen EM-Renten 1,0, bei teilweisen EM-Renten 0,5. Bei individuell identischen Voraussetzungen beträgt die teilweise EM-Rente 50 % einer vollen EM-Rente.

Das Verfahren zur Feststellung einer EM-Rente wird auf Antrag des Versicherten vom zuständigen Rentenversicherungsträger eröffnet. Grundlage ist das Gesetz zur Rente wegen Erwerbsminderung (§ 43 SGB VI). Wesentliche Voraussetzungen zum Bezug einer EM-Rente, neben dem bereits genannten reduzierten Arbeitsvermögen von weniger als sechs Stunden pro Tag, sind: Regelaltersgrenze für die Altersrente ist noch nicht erreicht, Erwerbsfähigkeit kann durch Rehabilitationsmaßnahmen nicht mehr hergestellt werden und die Wartezeit ist erfüllt, d.h. die Antragstellenden sind seit mindestens fünf Jahren in der gRV versichert. Dazu zählen Beitragszeiten, d. h. auch der Bezug von Krankengeld, Arbeitslosengeld I/II, Zeiten der Kindererziehung oder der häuslichen Pflege, Zeiten mit freiwilligen Beitragszahlungen, sowie Ersatzzeiten, z.B. politische Verfolgung in der DDR, etc. Daneben müssen innerhalb der letzten fünf Jahre vor Erwerbsminderung drei Jahre lang Pflichtbeiträge abgeführt worden sein. Die Wartezeit von fünf Jahren kann kürzer sein, wenn z. B. die Erwerbsminderung innerhalb von sechs Jahren nach einer Ausbildung auftritt, oder die Erwerbsminderung durch Arbeitsunfall oder Berufskrankheit auftritt und zu diesem Zeitpunkt Versicherungspflicht bestand oder in den letzten zwei Jahren wenigstens 12 Monate lang Pflichtbeiträge bezahlt wurden. Weitere Sachverhalte, durch die die fünfjährige Wartezeit vorzeitig erfüllt sein kann, sind in § 53 SGB VI (Vorzeitige Wartezeiterfüllung) geregelt.

Der medizinische Teil des Verfahrens zur Feststellung einer EM-Rente beruht auf ärztlichen Befunden und sozialmedizinischen Diagnosen bestellter Gutachter. Letztere ermitteln, ob und in welchem Maße die berufliche Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Diesen Diagnosen wird grundsätzlich eine hohe Validität bescheinigt. Da gegen abgelehnte Bescheide geklagt werden kann, müssen sie gerichtsfest sein. Mit Dragano et al. (2008: 110) „(...) ist mit einiger Sicherheit davon auszugehen, dass der Umstand einer bewilligten Erwerbsminderungsrente ein valider Indikator für eine zugrundeliegende schwerwiegende Erkrankung ist.“ Hinzuweisen ist auf eine gewisse Selektivität des EM-Rentenbezugs: Zum einen, weil nicht die gesamte Erwerbsbevölkerung versichert ist. Zum anderen, weil Versicherte trotz Krankheit keinen Antrag auf EM-Rente stellen und deshalb zum Beispiel häufiger krank (Arbeitsunfähig) werden, oder weil sie sich krankheitsbedingt eine weniger belastende berufliche Tätigkeit, u. U. in einem Teilzeitbeschäftigungsverhältnis, gesucht haben. Zudem kann eine vorangegangene erfolgreiche Rehabilitationsmaßnahme die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt haben. Ferner können Beschäftigte auf anderen Wegen ihre Erwerbsbiografien beenden, z.B. im Rahmen von Arbeitslosigkeit oder durch den Bezug von Altersrenten.

Die EM-Renten sind eine bedeutende Leistung der gesetzlichen Rentenversicherung (gRV). Knapp jede fünfte Rente, die die gRV neu ausbezahlt, ist eine EM-Rente; damit wurden seit 2005 jährlich rund 160.000 EM-Renten erstmals ausbezahlt (Rehfeld 2006, DRV 2009a: 78).

Die durchschnittlichen Rentenzahlbeträge von EM-Rentenbeziehenden lagen in 2008 bei etwa 600 EUR pro Monat (DRV 2009b: 31f.) und damit nahe bei dem Grundsicherungsniveau. Beziehende einer EM-Rente - wie die Sozialpolitik insgesamt - stehen vor dem Problem, dass Niveausenkungen weder durch eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit noch durch verstärkte private Altersvorsorge kompensiert werden können (Köhler-Rama et al. 2010). Insofern sind EM-Rentnerinnen und -Rentner besonders vom Paradigmenwechsel in der Alterssicherung – in Richtung verstärkter Eigenvorsorge - betroffen (Viebrok et al. 2004). Durch u. a. die Einführung von Abschlägen in Höhe von maximal 10,8 % bei Inanspruchnahme einer Erwerbsminderungsrente vor Vollendung des 63. Lebensjahres und gleichzeitiger Verlängerung der Zurechnungszeit vom Alter 55 Jahre auf das Alter 60 Jahre, sind die durchschnittlichen Rentenzahlbeträge von vollen EM-Renten im Zeitraum von 2000 bis 2008 nominal von 738 EUR auf 647 EUR gesunken (DRV 2009a: 106). Je nach Alter bei EM-Rentenzugang variieren die durchschnittlichen Zahlbeträge zwischen 500 und knapp 800 EUR (Köhler-Rama et al. 2010: 80) und stellen bei etwa jedem zweiten EM-Rentner die einzige persönliche Einkommensquelle dar (Albrecht et al. 2007). Weitere Ursachen sinkender Rentenzahlbeträge sind, dass sich der Zugang stärker auf Jüngere mit geringeren versicherten Entgelten verlagert hat, und dass vermehrt Personen mit niedrigen Anwartschaften die Voraussetzungen zum Bezug von EM-Renten erfüllen, wie (bisher noch) ALG-II-Beziehende (Köhler-Rama et al. 2010). Wegen dieser enormen Einbußen fordert die aktuelle Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag, „dass auch erwerbsgeminderte Menschen angemessen sozial abgesichert sind“ (Koalitionsvertrag 2009).³ Allerdings ist eine zusätzliche Absicherung gegen das Risiko von Einkommensarmut im Erwerbsminderungsfall bei privaten Versicherungen insbesondere für besonders gefährdete und häufig gering qualifizierte Berufsgruppen entweder nicht oder nur zu hohen Kosten zu bekommen.

³ Es soll geprüft werden, wie Erwerbsminderungsrisiken in der staatlich geförderten Vorsorge kostenneutral verbessert werden können. Kostenneutral bedeutet dabei, dass EM-Risiken ohne staatliche oder betriebliche Förderung von den Beschäftigten zu finanzieren sind, und zwar im Rahmen der bereits geförderten Altersvorsorge, à la „Erwerbsminderungs-Riester“. Ein solches Produkt würde die Altersvorsorge verringern, weil bei einem gegebenen Beitrag ein weiteres Risiko zu versichern wäre, oder Arbeitnehmern würden höhere Kosten entstehen.

3 Fragestellungen und Thesen

Das frühzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben durch Frühberentung ist für die Betroffenen in mehrfacher Hinsicht ein gravierendes krankheitsbezogenes Ereignis. Zum einen geht der Frühberentung zumeist eine Krankheitsgeschichte voraus, die zu langfristigen Einschränkungen der Gesundheit und Leistungsfähigkeit führt, und häufig das Ende einer beruflichen Laufbahn markiert. Zum anderen ist der Bezug einer Erwerbsminderungsrente mit finanziellen Einbußen und weiteren Nachteilen verbunden (Dragano et al. 2008). Im Mittelpunkt des vorliegenden Beitrags steht die Frage nach der sozial selektiven Inanspruchnahme von Erwerbsminderungsrenten. Dabei gehen wir von folgenden Thesen aus, die sich im Rahmen der sozialepidemiologischen Forschung und des Themas „soziale Ungleichheit und Morbidität“ (Mielck 2000: 85 ff.) verorten lassen:

These 1: Höhere Qualifikation verringert das Frühberentungsrisiko

Der Qualifikation kommt ein hoher Stellenwert für die Gesundheit und damit auch für das Risiko einer krankheitsbedingten Frühberentung zu. Sie hat zum einen Einfluss auf die beruflichen Chancen und den zu erreichenden Lebensstandard, wobei im Rahmen der „meritokratischen Triade“ (Kreckel 1992) ein enger Zusammenhang zwischen diesen Merkmalen unterstellt wird. Zum anderen variieren körperliche und psychische Arbeitsbelastungen mit dem Qualifikationsniveau. Erwerbstätige mit niedrigem Qualifikationsniveau üben häufiger Berufe aus, die mit chronischen körperlichen Fehlbelastungen und psychischem Stress verbunden sind, was das Risiko für Erkrankungen erhöht (Dragano 2007, Marmot et al. 1999, Robert / House 2000). Hochqualifizierte können eher selbstbestimmt arbeiten, haben geringere Dequalifizierungs-, Arbeitslosigkeits- und gesundheitliche Risiken (Radl 2007) und weisen deshalb geringere EM-Renten-Risiken auf. Aber auch außerhalb der Arbeitswelt stellt Qualifikation eine wichtige Ressource für die Gesundheit dar. Über schulische und berufliche Qualifikation werden Wissen und Handlungskompetenzen vermittelt, die den Umgang mit alltäglichen Belastungssituationen prägen sowie auf die Stabilisierung gesundheitsförderlicher Lebensweise wirkt. Empirische Analysen bestätigen, dass ein höheres Qualifikationsniveau mit besserer Gesundheit und einem geringeren Erkrankungs- und Sterberisiko einhergeht. Auch das Gesundheitsverhalten, wie z.B. Rauchen und sportliche Aktivität, wird durch die Qualifikation beeinflusst (Helmert 2003, Lampert et al. 2005, Mielck 2005, Nocon et al. 2007). Vor dem Hintergrund niedrigerer berufsbedingter Belastungen und Risiken sowie gesundheitsbewußterer Lebens- und Verhaltensweisen von Höherqualifizierten ist davon auszugehen, dass auch das Risiko einer krankheitsbedingten Frühberentung dieser Personen geringer ist als bei Niedrigqualifizierten.

These 2: Männer weisen ein höheres EM-Risiko auf als Frauen

Männer und Frauen sind wegen geschlechtsspezifischer Segregation des Arbeitsmarktes nach wie vor unterschiedlichen Arbeitsumgebungen und Formen von Anforderungen und Belastungen ausgesetzt: Männer-Berufe zeichnen sich durch höhere körperliche Belastungen oder auch technisch-sachliche Anforderungen sowie Führungsaufgaben aus. Männer werden öfter als Frauen durch körperliche Umgebungsfaktoren, wie Lärm oder schlechter Luft gesundheitlich belastet und sie arbeiten häufiger in unfallträchtigeren Branchen (Beermann et al. 2008, Kuhn 2008, Lademann et al. 2008, Koppelin et al. 2004). Frauen gehen häufiger einer Teilzeitbeschäftigung nach, Männer leisten mehr Überstunden und arbeiten öfter in Schicht- und/oder Nacharbeit. Während die Arbeitsbedingungen von Männern höhere physische Gesundheitsrisiken aufweisen, stellt sich die Situation der psychischen Belastungen anders dar: Hier weisen zahlreiche Studien eine höhere berufsbedingte Belastung von Frauen aus, insbesondere wenn nicht nur die Expositionssituation als solche betrachtet wird, sondern die Frage nach der wahrgenommenen Belastung herangezogen wird (Beermann et al. 2008, BiBB/BAuA 2006, Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz 2006). Zur Erklärung der Geschlechterdifferenzen von Erwerbsminderungsrisiken lassen sich neben den unterschiedlichen Arbeitsbelastungen auch verhaltensbezogene Faktoren anführen: Männer verhalten sich in Bezug auf ihre Gesundheit deutlich riskanter als Frauen. So weisen Männer z. B. einen höheren Alkohol- und Tabakkonsum auf und ernähren sich weniger gesund als Frauen, was jeweils zu einer Reihe ernster Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs) beitragen kann (Brandes 2003, DAK-Gesundheitsreport 2008, Mensink 2004). Darüber hinaus neigen Männer eher zur Bagatellisierung von Symptomen und nehmen das Gesundheitswesen seltener oder später in Anspruch (RKI 2006). Vor dem Hintergrund der genannten Argumente weisen Männer ein durchschnittlich höheres Erwerbsminderungsrisiko auf als Frauen.

These 3: EM-Risiko ist in den neuen Bundesländern höher als in den alten

Im Jahr 2009, zwanzig Jahre nach dem Fall der Mauer, sind bedeutende Unterschiede hinsichtlich Morbidität und Mortalität zwischen den alten und den neuen Bundesländern nicht mehr zu finden (RKI 2009: 267). Allerdings war in der Zeit vor der Deutschen Einheit z. B. die Lebenserwartung wie die subjektive Gesundheit in der Deutschen Demokratischen Republik niedriger als in der Bundesrepublik Deutschland (ibid: 268). Nach dem Fall der Mauer führten transformationsbedingte Umbaumaßnahmen des Gesundheitswesens in der ehemaligen DDR dazu, dass es in den neuen Bundesländern vorübergehend zu Unterversorgung kam (Schmidtke 1997: 174). Somit verbleiben im Rahmen des Transformationsprozesses mindestens fünf Jahre mit problematischer gesundheitlicher Versorgung. Ferner ist davon auszugehen, dass transformationsbedingte Entwertungen auch hoher beruflicher Abschlüsse

das EM-Risiko in den neuen Bundesländern erhöhen. Zudem sind die aktuellen Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt im Hinblick auf Arbeitslosigkeitsrisiken wie Arbeitsentgelte insbesondere für ältere Beschäftigte in den neuen Bundesländern wesentlich schlechter als in den alten (Frommert / Himmelreicher 2010). Trotz einer weitgehenden Angleichung hinsichtlich der Strukturen und Qualität der Gesundheitsversorgung sowie Morbidität und Mortalität waren bis Mitte der 1990er Jahre die Versorgung sowie das gesundheitliche Verhalten in den neuen Bundesländern schlechter als in den alten. Insbesondere unter Berücksichtigung von Nachwirkungen und möglichen Folgeerkrankungen sowie regionalen Arbeitsmarktdisparitäten ist das EM-Rentenrisiko in den neuen Bundesländern höher als in den alten.

4 Datenbasis und Methode

Die empirische Grundlage der Analysen zu sozialen Unterschieden beim Zugang in Erwerbsminderungsrenten sind prozessproduzierte Daten der Deutschen Rentenversicherung Bund. Diese werden vom Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung (FDZ-RV⁴) als Scientific Use Files (SUFs) aufbereitet und stehen wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen für nicht kommerzielle Forschungsvorhaben auf Antrag und nach abgeschlossenem Nutzervertrag kostenfrei zur Verfügung.

Im Einzelnen wurden folgende SUFs benutzt: Zur Analyse der Zugänge in eine EM-Rente werden die Themendatenfiles „Erwerbsminderung und Diagnosen“ der Jahre 2004, 2005 und 2006 (SUFRTZN04XVSTEM, SUFRTZN05XVSTEM und SUFRTZN06XVSTEM) herangezogen.⁵ Bei diesen drei SUFs handelt es sich um zufällig ausgewählte 20%-Stichproben aller Zugänge in EM-Renten im jeweiligen Berichtsjahr mit teilweiser oder voller EM-Rente. Die zu Grunde liegenden Fallzahlen belaufen sich beim SUFRTZN04XVSTEM auf 33.892, beim SUFRTZN05XVSTEM auf 32.792 und beim SUFRTZN06XVSTEM auf 31.943 Zugänge in EM-Renten. Diese drei Datensätze werden gepoolt, um hinreichende Fallzahlen insbesondere für jüngere EM-Rentenzugänge zu erhalten.

Um EM-Rentenrisiken berechnen zu können, werden als Kontrollgruppe die SUFs der aktiv Versicherten⁶ der Jahre 2004, 2005 und 2006 (SUFAKVS04XVSBB, SUFAKVS05XVSBB und SUFAKVS06XVSBB) genutzt.⁷ Bei diesen drei SUFs handelt es sich um eine systema-

⁴ Zum Datenangebot und den Zugangswegen siehe www.fdz-rv.de sowie Himmelreicher / Stegmann (2008).

⁵ Zur Beschreibung der Themendatenfiles „Erwerbsminderung und Diagnosen“ siehe die jeweiligen Codepläne unter www.fdz-rv.de. Link: Datenangebot für die wissenschaftliche Forschung / Querschnittsdatsätze / Themenfiles.

⁶ Diese Eingrenzung schließt alle Versicherten ein, die irgendwann im Berichtsjahr eine Beitragszeit oder eine Anrechnungszeit zurückgelegt haben.

⁷ Zur Beschreibung der Basisfiles aktiv Versicherte siehe die jeweiligen Codepläne unter www.fdz-rv.de Link: Datenangebot für die wissenschaftliche Forschung / Querschnittsdatsätze / Basisfiles.

tisch ausgewählte 1%-Zufallsauswahl aller aktiv Versicherten im jeweiligen Berichtsjahr. Die zu Grunde liegenden Fallzahlen belaufen sich beim SUFAKVS04XVSBB auf 376.151, beim SUFAKVS05XVSBB auf 385.503 und beim SUFAKVS06XVSBB auf 388.380 der aktiv Versicherten im Berichtsjahr. Die SUFs der aktiv Versicherten wurden mit dem Faktor 20 hochgerechnet, um mit den SUFs Zugänge in EM-Renten vergleichbare Stichprobengrößen zu erzielen. Die sechs verwendeten Datensätze werden im Folgenden abgekürzt mit: FDZ-RV - SUFRTZN04-06XVSTEM, SUFAKVS04-06XVSBB, gepoolt.

In allen genannten Datensätzen wurde die Untersuchungspopulation eingegrenzt auf in Deutschland lebende Personen (Inlandskonzept) im Alter von 30 bis einschließlich 59 Jahren. Ferner wurden Personen mit Vorerkrankungen, wie z. B. Behinderte, Rehabilitanden und Pflegepersonen, von der Analyse ausgeschlossen.⁸ Es werden ausschließlich solche Zugänge in eine EM-Rente betrachtet, die erstmals eine Erwerbsminderungsrente beziehen (MEGD = 10: Festsetzung ohne unmittelbar vorhergehenden Rentenbezug aus einer gesetzlichen Rentenversicherung). Damit wird die Analyse auf Neurentenbeziehende eingegrenzt. Ferner werden die aktiv Versicherten auf solche begrenzt, die im Berichtsjahr (RTJA = 0) keine Rente bezogen haben. Durch diese Modifikationen in den Datensätzen lässt sich die Untersuchungspopulation auf in Deutschland lebende versicherte Personen (Inlandskonzept) im Alter von 30 bis einschließlich 59 Jahren zuschneiden, die erstmals eine EM-Rente beziehen. Die Kontrollgruppe, die aktiv Versicherten, wird von solchen inländischen Versicherten repräsentiert, die im jeweiligen Berichtsjahr keine Rente bezogen haben und keine Beschäftigungszeiten nach dem Altersteilzeitgesetz aufweisen.⁹

Als Merkmal sozialer Ungleichheit fungiert bei den Themendatenfiles „Erwerbsminderung und Diagnosen“ die Variable „Ausbildung“ (TTSC3) bzw. bei den aktiv Versicherten die Variable „Tätigkeitsschlüssel - Ausbildung“ (TTSC3JA). Beide Variablen sind vergleichbar co-

⁸ Diese Personen können über die Variable TTSC1 identifiziert werden (TTSC1= 555 - Behinderte, TTSC1= 666 - Rehabilitanden, TTSC1= 888 - Pflegepersonen).

⁹ Innerhalb der letzten fünf Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung müssen grundsätzlich drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit vorhanden sein. Tritt die Erwerbsminderung aufgrund eines Arbeitsunfalls oder innerhalb von sechs Jahren nach Beendigung einer Ausbildung ein, entfällt diese Anforderung. Insofern müssten die Individuen aus der Kontrollgruppe der aktiv Versicherten ausgeschlossen werden, die in den letzten fünf Jahren keine drei Jahre Pflichtbeiträge entrichtet haben und nicht vor weniger als sechs Jahren eine Ausbildung abgeschlossen haben, etc. Zu den wesentlichen Voraussetzungen, die zum Bezug einer EM-Rente erfüllt sein müssen, siehe Abschnitt 2. Da Informationen darüber, ob Individuen z. B. in den letzten fünf Jahren mindestens drei Jahre Pflichtbeiträge entrichtet hat, im Datensatz der aktiv Versicherten nicht enthalten sind, kann die oben genannte Sonderregelung bei der Auswahl der Beobachtungs- und Kontrollgruppe nicht berücksichtigt werden. Insofern wird in der hier vorgelegten Analyse die Anzahl der aktiv Versicherten geringfügig zu hoch ausgewiesen. Dies bedeutet im Hinblick auf Erwerbsminderungsrisiken, dass diese eher unterschätzt werden.

diert, haben sieben Ausprägungen und werden drei Qualifikationsniveaus zugeordnet (siehe Tabelle 1).¹⁰

Tabelle 1: Verteilung der höchsten schulischen und beruflichen Qualifikation auf inländische 30- bis 59-jährige aktiv Versicherte und Zugänge in EM-Renten (2004-2006) und deren Gruppierung in Qualifikationsniveaus (in %) (Fallzahlen in Klammern)

Qualifikationsniveau	Ausbildung	aktiv Versicherte (1%-Stichprobe, nicht hochgerechnet)	Zugänge in EM-Rente (20%-Stichprobe)
niedriges	Haupt-/Realschulabschluss ohne Berufsausbildung	9,43 % (73.457)	14,41 % (11.062)
mittleres	Haupt-/Realschulabschluss mit Berufsausbildung	47,18 % (367.525)	45,94 % (35.270)
	Abitur ohne Berufsausbildung	0,71 % (5.555)	0,31 % (241)
	Abitur mit Berufsausbildung	3,31 % (25.778)	1,4 % (1.071)
hohes	Fachhochschule	2,91 % (22.648)	1,12 % (857)
	Universität / Hochschule	4,41 % (34.328)	1,26 % (967)
Total	mit validen Bildungsgaben	67,95 % (529.291)	64,44 % (49.468)
keine Beobachtung	Unbekannt	18,36 % (143.009)	18,76 % (14.404)
	Keine Angabe	13,69 % (106.646)	16,80 % (12.899)
Insgesamt		100 % (778.946)	100 % (76.771)

Quelle: FDZ-RV - SUFRTZN04-06XVSTEM, SUFAKVS04-06XVSBB, gepoolt.

Zunächst fällt auf, dass sowohl bei den Versicherten als auch bei den EM-Rentenzugängen das mittlere Qualifikationsniveau dominiert. Bei Personen, die eine EM-Rente beziehen, ist der Anteil derjenigen mit niedrigem Qualifikationsniveau höher und der Anteil derjenigen mit

¹⁰ Zur Zuordnung der Variable Ausbildung in den Datensätzen des FDZ-RV in Bildungsniveaus siehe u. a. Himmelreicher et. al (2009). Das Merkmal Ausbildung stammt aus der Meldung der Arbeitgeber zur Sozialversicherung (DEÜV) und wird seit dem Jahr 2000 in den RV-Daten gespeichert. Allerdings ist das Merkmal Ausbildung nicht rechtserheblich, d. h. es beeinflusst nicht die Rentenhöhe, weshalb es weniger valide ist als rentenrelevante Merkmale. Bei Fällen, bei denen keine Arbeitgebermeldung existiert, wie z. B. bei Arbeitslosen, Minijobbern, passiv Versicherten (Haufrauen und -männer), liegt häufig keine Meldung vor.

hohem Qualifikationsniveau niedriger als bei den aktiv Versicherten. Zudem ist festzustellen, dass fehlende Bildungsangaben bei den Zugängen in EM-Rente anteilig häufiger vorkommen als bei den Versicherten. Dies ist darauf zurückzuführen, dass der Altersdurchschnitt bei den EM-Rentenzugängen deutlich über jenem der aktiv Versicherten liegt (vgl. Tabelle A1), weil für jüngere Versicherte häufiger – seit der Einführung des Ausbildungsmerkmal in der DRV-Statistik in 2000 – auf abhängiger Beschäftigung gründende Arbeitgebermeldungen vorliegen als für ältere. Hinsichtlich der Fallzahlen ist festzuhalten, dass die kleinste Gruppe – das sind Zugänge in EM-Renten mit hohem Qualifikationsniveau – als Ergebnis des Poolings der Datensätze von mehr als 1.800 Fällen repräsentiert wird und somit weitere Differenzierungen ermöglicht.

5 Empirische Befunde

Zunächst wird ein Überblick über das Zugangsgeschehen in Erwerbsminderungsrenten in den Jahren 2004 bis 2006 gegeben und dabei auf Alters-, Geschlechts- und regionale Unterschiede eingegangen. Tabelle 2 weist die relativen Zugänge in Erwerbsminderungsrenten im Verhältnis zu den jeweiligen aktiv Versicherten aus.¹¹ Diese Verhältnisse werden im Folgenden als relative Erwerbsminderungsrisiken (pro 1000 Versicherte) interpretiert. Es zeigt sich, dass ostdeutsche Männer das höchste EM-Renten-Risiko aufweisen, gefolgt von ostdeutschen Frauen, westdeutschen Männern und westdeutschen Frauen. Differenziert man die globalen EM-Renten-Risiken nach häufig vorkommenden Diagnosegruppen zeigt sich bei Frauen, dass bei ihnen, insbesondere in Westdeutschland, psychische Ursachen zu EM-Renten führten: „Hier dominieren nahezu über alle Alter psychische Diagnosen. Bei Männern überwiegen zwar auch psychische Erkrankungen, die werden jedoch im höheren Alter von Erkrankungen des Skelett-Muskel-Systems und auch von Herz-Kreislauf-Diagnosen überflügelt.“ (Rehfeld et al. 2008: 81). Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen vor allem in Ostdeutschland bei Männern häufiger zu EM-Rente als bei Frauen. Wegen so genannter „Verschleißerkrankungen“ der Muskeln, des Skeletts und Bindegewebes bezieht etwa jeder eintausendste Versicherte eine EM-Rente, mit Ausnahme von ostdeutschen Männern: Bei diesen treten Erkrankungen des Skelett-Muskel-Systems häufiger auf - etwa jeder achthundertste ostdeutsche versicherte Mann wird mit einer EM-Rente berentet.

¹¹ Die in Tabelle 2 dargestellten Befunde entsprechen weitgehend denen von Rehfeld et al. (2008: Abb. 10.5). Die Autoren haben in ihrer Studie nicht nach Region differenziert, außerdem haben sie ihre Berechnungen nicht auf Datenbasis der gepoolten SUFs der Berichtsjahre 2004 bis 2006 durchgeführt, sondern auf den entsprechenden Vollerhebungen des Jahres 2005 (vgl. Rehfeld et al. 2008).

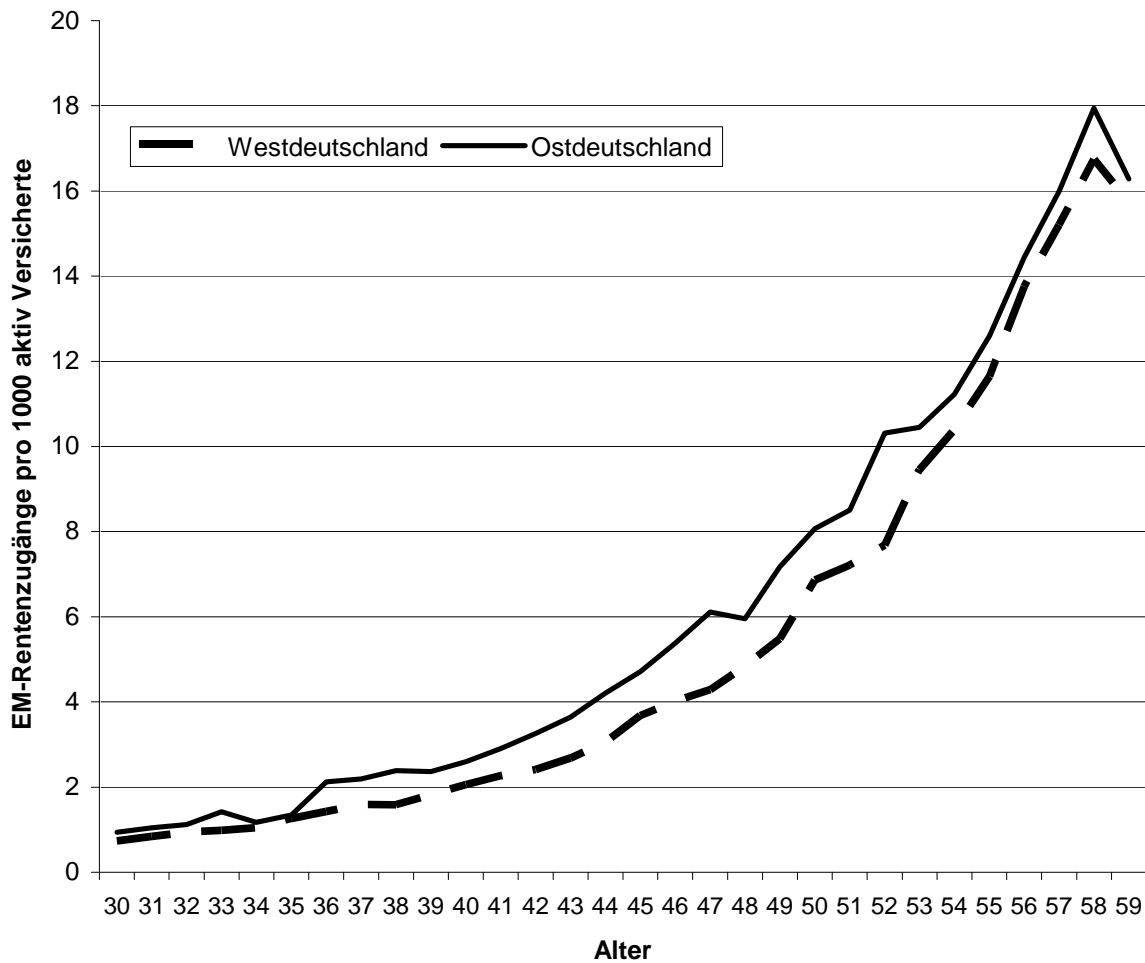
Tabelle 2: Relative Anteile der Zugänge in EM-Rente von inländischen 30- bis 59-jährigen Versicherten nach Region, Geschlecht und Diagnosegruppen (2004-2006) pro 1000 aktiv Versicherte

	Westdeutschland		Ostdeutschland	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Zugang in die Erwerbsminderungsrente (insgesamt)	4,88	4,48	6,63	5,28
davon wegen psychischer Erkrankungen	1,38	1,76	1,54	1,65
davon wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen	0,68	0,26	1,08	0,40
davon wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen	0,86	0,75	1,22	0,96

Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf die gepoolten und hochgerechneten Datensätze der aktiv Versicherten und der Zugänge in die Erwerbsminderungsrente für die Jahre 2004, 2005 und 2006 .
Quelle: FDZ-RV - SUFRTZN04-06XVSTEM, SUFAKVS04-06XVSBB, gepoolt.

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der EM-Renten-Risiken mit zunehmendem Alter der Versicherten in den alten und neuen Bundesländern. Während diese Risiken bei 30- bis 45-Jährigen vergleichsweise gering sind, steigt die Risikoquote bis zum Ende des fünfzigsten Lebensjahres. Weitgehend unabhängig von der Region zeigt sich ein mit dem Alter leicht exponentiell ansteigendes Erwerbsminderungsrisiko, das ab dem 57. Lebensjahr abflacht. Letzteres ist darauf zurückzuführen, dass manche Versicherte die Möglichkeit haben eine Altersrente ohne Gesundheitsprüfung zu beziehen. Annähernd jeder fünfzigste Versicherte bezieht am Ende seines fünften Lebensjahrzehnts eine EM-Rente. Generell sind die EM-Risiken in der Erwerbsphase bei ostdeutschen Versicherten geringfügig höher als in den alten Bundesländern.

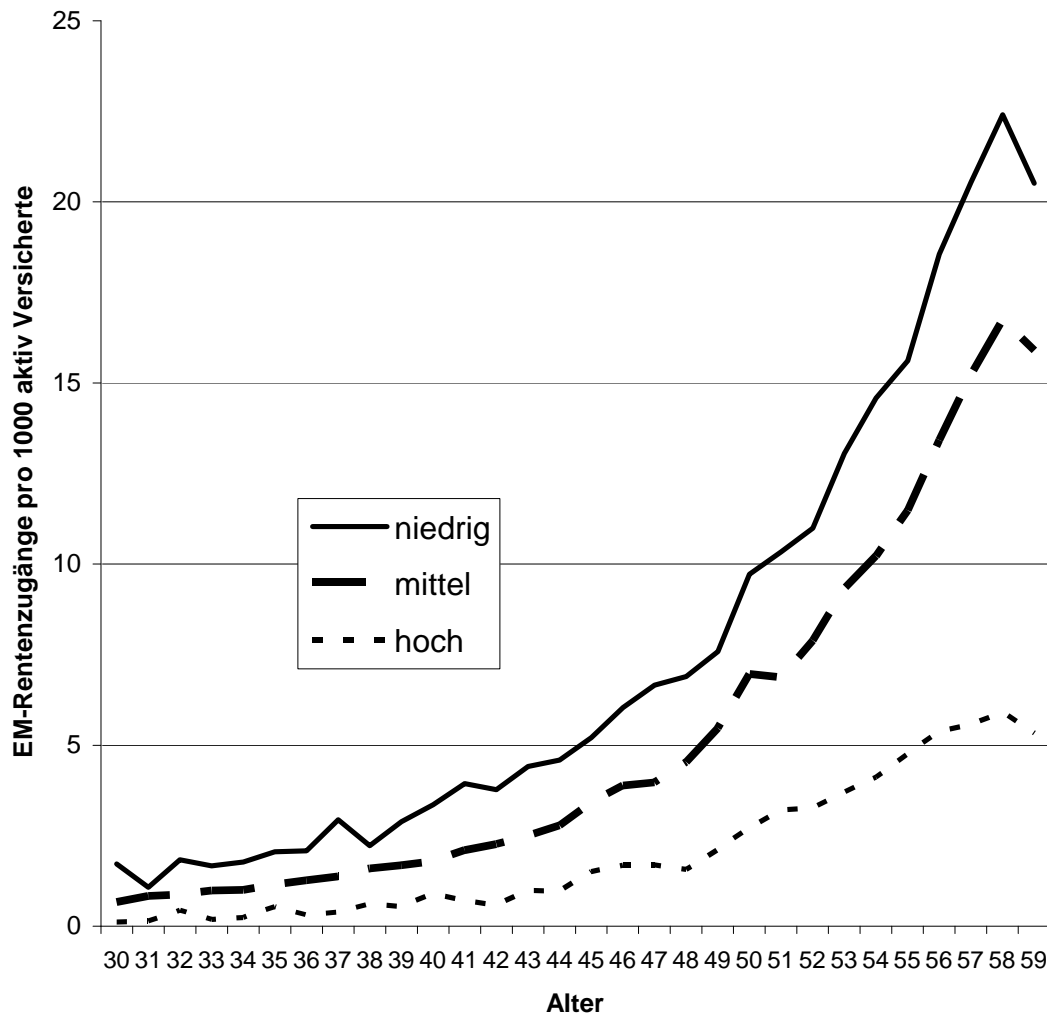
Abbildung 1: EM-Renten-Risiken von inländischen 30- bis 59-jährigen versicherten Frauen und Männern in den alten und neuen Bundesländern (2004 – 2006)



Quelle: FDZ-RV - SUFRTZN04-06XVSTEM, SUFAKVS04-06XVSB, gepoolt.

In Abbildung 2 werden EM-Renten-Risiken differenziert nach Qualifikationsniveaus in der Erwerbsphase ausgewiesen. Es zeigt sich sehr deutlich, dass in jeder Altersgruppe Geringqualifizierte höhere EM-Risiken haben als höher Qualifizierte. Gegen Ende der Erwerbsbiografie sind die EM-Risiken von Geringqualifizierten etwa vier Mal so hoch wie die von Hochqualifizierten. Das bedeutet, dass die höchste schulische und berufliche Qualifikation offensichtlich das Risiko in EM-Renten zu gehen beeinflusst, in dem Sinne, dass (Fach-)HochschulabsolventInnen ein wesentlich geringeres Risiko aufweisen, krankheitsbedingt frühzeitig ihre Erwerbstätigkeit unterbrechen zu müssen als geringer Qualifizierte.

Abbildung 2: EM-Renten-Risiken von inländischen 30- bis 59-jährigen versicherten Frauen und Männern in Deutschland differenziert nach Qualifikationsniveau (2004 – 2006)



Anmerkung: niedrig – niedriges Qualifikationsniveau
mittel – mittleres Qualifikationsniveau
hoch – hohes Qualifikationsniveau

Quelle: FDZ-RV - SUFRTZN04-06XVSTEM, SUFAKVS04-06XVSBB, gepoolt.

Die Abbildungen 1 und 2 gemeinsam interpretiert legen nahe, dass es sich bei westdeutschen Hochqualifizierten um einen Personenkreis handelt, der geringe EM-Renten-Risiken aufweist.¹² Um den Einfluss mehrerer Variablen - im Hinblick auf die Wahrscheinlichkeit, in einem bestimmten Jahr eine EM-Rente zu beziehen - schätzen zu können, werden im Folgenden die Ergebnisse von verschiedenen logistischen Regressionsmodellen präsentiert. In den Modellen werden für Frauen und Männer getrennt Odds Ratios ausgewiesen. Odds Ratios geben im Vergleich zur Referenzkategorie an, um welchen Faktor sich das EM-Renten-Risiko im Verhältnis zur definierten Referenzgruppe (meist Hochqualifizierte) verändert. Die-

¹² Eine deskriptive Analyse mit Differenzierungen nach Alter, Bildungsniveau sowie Geschlecht und Region hätte höhere Fallzahlen benötigt.

se EM-Renten-Risikoverhältnisse werden aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung in den Tabellen 3 bis einschließlich 7 EM-Renten-Risiken genannt. Zudem werden partielle Effekte (dy/dx) ausgewiesen: Sie geben an, wie sich eine Erhöhung des Prädiktors auf das prognostizierte absolute Risiko relativ zur Referenzkategorie unter der Annahme durchschnittlicher Werte der übrigen erklärenden Variablen auswirkt. So bedeutet ein partieller Effekt von 0,01, dass sich das prognostizierte Risiko um einen Prozentpunkt erhöht.

Tabelle 3: EM-Renten-Risiken von inländischen 30- bis 59-jährigen Versicherten nach Qualifikation und Region (logistische Regression, Modell 1)

Erklärende Variablen	Männer		Frauen	
	Odds-Ratio	dy/dx	Odds-Ratio	dy/dx
Niedriges Qualifikationsniveau	5,57* (0,2023)	0,009* (0,00036)	2,78* (0,1096)	0,005* (0,00027)
Mittleres Qualifikationsniveau	3,42* (0,115)	0,003* (0,00006)	1,87* (0,0693)	0,002* (0,00009)
Hohes Qualifikationsniveau	1,00		1,00	
Ostdeutschland	1,41* (0,0235)	0,001* (0,00006)	1,14* (0,0204)	0,0004* (0,00006)
Westdeutschland	1,00		1,00	
Pseudo-R ²	0,0811		0,0507	
Beobachtungen	307.661		268.696	

Anmerkungen: Zusätzliche Kontrollvariablen sind Alter und Alter² sowie fixed Effekte, die für die Heterogenität zwischen den Jahren 2004, 2005 und 2006 kontrollieren.

* Werte sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

(Standardfehler in runden Klammern).

Quelle: FDZ-RV - SUFRTZN04-06XVSTEM, SUFAKVS04-06XVSBB, gepoolt.

Zunächst sind sämtliche in Tabelle 3 ausgewiesenen Schätzergebnisse auf dem 5%-Niveau signifikant. Im Vergleich zu den Hochqualifizierten (Referenzkategorie) haben geringer qualifizierte Gruppen höhere EM-Renten-Risiken. Dies gilt sowohl für Frauen als auch insbesondere für Männer. Deutlich wird zudem, dass die Risiken mit einer EM-Rente wegen gesundheitlicher Probleme berentet zu werden in den neuen Bundesländern höher sind als in den alten, wiederum vor allem bei Männern. Niedrigqualifizierte Männer haben ein nahezu sechs mal höheres EM-Renten-Risiko als hochqualifizierte. Das Qualifikationsniveau beeinflusst auch bei Frauen die EM-Risiken, jedoch wesentlich schwächer als bei den Männern. Ferner sind bei Frauen die regionalen Disparitäten geringer als bei Männern. Das bedeutet, bei

Frauen wirken sich sowohl das Qualifikationsniveau als auch ihr Wohnort wesentlich geringer auf Erwerbsminderungsrisiken aus als bei Männern.

Tabelle 4: EM-Renten-Risiken von inländischen 30- bis 59-jährigen Versicherten nach Qualifikation und Region (logistische Regression, Modell 2)

Erklärende Variablen	Männer		Frauen	
	Odds-Ratio	dy/dx	Odds-Ratio	dy/dx
Niedriges Qualifikationsniveau - Ostdeutschland	8,12* (0,5335)	0,018* (0,00128)	3,96* (0,2739)	0,0176* (0,00153)
Mittleres Qualifikationsniveau - Ostdeutschland	5,01* (0,2118)	0,008* (0,00037)	2,09* (0,1036)	0,0047* (0,00037)
Hohes Qualifikationsniveau - Ostdeutschland	1,64* (0,1168)	0,002* (0,0003)	1,15* (0,0846)	0,0007* (0,00036)
Niedriges Qualifikationsniveau - Westdeutschland	5,84* (0,2482)	0,01* (0,00045)	2,73* (0,1345)	0,0083* (0,00053)
Mittleres Qualifikationsniveau - Westdeutschland	3,59* (0,1444)	0,003* (0,0001)	1,89* (0,0899)	0,0028* (0,00018)
Hohes Qualifikationsniveau - Westdeutschland	1,00		1,00	
Pseudo-R ²	0,0811		0,0508	
Beobachtungen	307.661		268.696	

Anmerkungen: Zusätzliche Kontrollvariablen sind Alter und Alter² sowie fixed Effekte, die für die Heterogenität zwischen den Jahren 2004, 2005 und 2006 kontrollieren.

* Werte sind auf dem 5%-Niveau signifikant.
(Standardfehler in runden Klammern).

Quelle: FDZ-RV - SUFRTZN04-06XVSTEM, SUFAKVS04-06XVSBB, gepoolt.

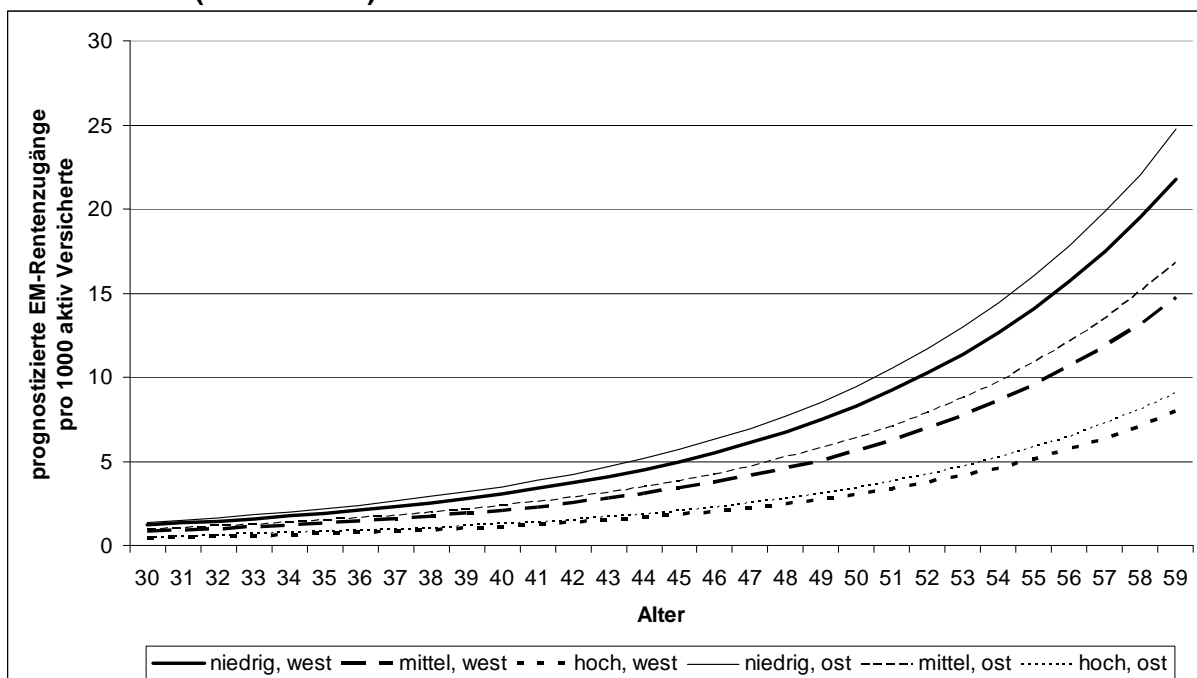
Im Unterschied zu Tabelle 3 sind in Tabelle 4 westdeutsche Hochqualifizierte die Referenzkategorie. Im Vergleich zu diesem Personenkreis, der die geringsten EM-Risiken aufweist, haben niedriger Qualifizierte höhere EM-Risiken, insbesondere wenn sie in den neuen Bundesländern leben. Die EM-Renten-Risiken von Männern und Frauen mit niedrigem Qualifikationsniveau sind rund acht- bzw. viermal größer als die von westdeutschen Hochqualifizierten.

Die sozialen Unterschiede im Hinblick auf Erwerbsminderungsrenten werden besonders deutlich, wenn Projektionen auf Grundlage der in der logistischen Regression geschätzten Parameter erstellt werden. Hierzu werden die durch das Modell geschätzten Parameter ver-

wendet.¹³ Ziel der Projektionen ist es, eine instruktive grafische Darstellung der Schätzergebnisse der logistischen Regression im Hinblick auf EM-Risiken in zahlreichen Differenzierungen zu erhalten. Einschränkend ist darauf hinzuweisen, dass die Projektionen für ein Modell ohne Interaktionseffekte (nicht abgebildet) erstellt wurden. Deshalb könnte der Eindruck erweckt werden, dass regionale Effekte einen für alle Qualifikationsniveaus proportionalen Einfluss auf EM-Risiken mit sich bringen. Das ist, wie oben gezeigt wurde, nicht der Fall. Zudem erlauben die Projektionen keine gesicherten Aussagen der EM-Risiken für bestimmte Alter.

Die in den Abbildungen 3 und 4 ausgewiesenen Verläufe der EM-Risiken in der Erwerbsphase ähneln den in Abbildung 2 gezeigten EM-Risiko-Kurven, wirken jedoch geglättet. Zudem werden die EM-Renten-Risiken kurz vor dem Erreichen des 60-sten Lebensjahres überschätzt. Deutlich wird jedoch, dass bei den Frauen mit zunehmender Qualifikation regionale Disparitäten abnehmen.

Abbildung 3: Prognostizierte EM-Rentenzugänge von inländischen 30- bis 59-jährigen versicherten Frauen nach Qualifikation und Region in Deutschland (2004 – 2006)

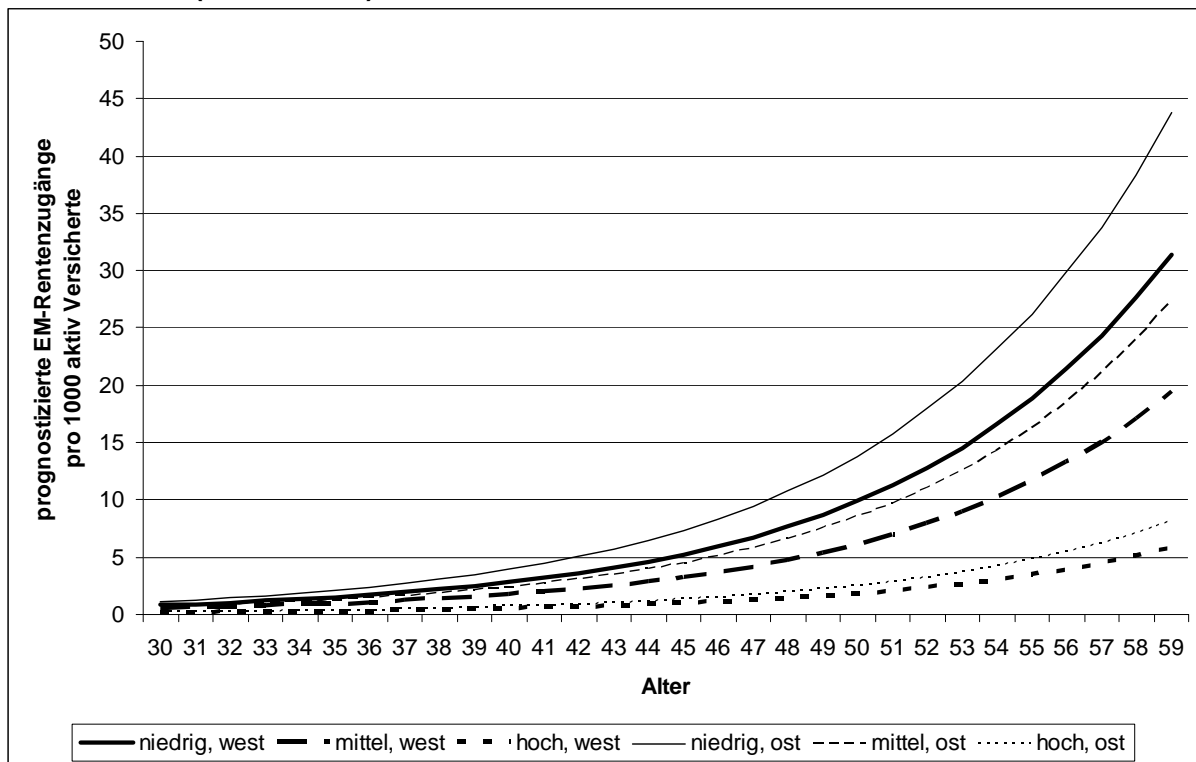


Anmerkung: niedrig – niedriges Qualifikationsniveau
mittel – mittleres Qualifikationsniveau
hoch – hohes Qualifikationsniveau

Quelle: FDZ-RV - SUFRTZN04-06XVSTEM, SUFAKVS04-06XVSBB, gepoolt.

¹³ Der Sinn dieser Projektionen liegt darin, dass ein Vergleich zwischen Ost- und Westdeutschland nach Bildungsniveaus möglich wird. Dies war wegen der begrenzten Fallzahlen in Ostdeutschland insbesondere in jüngerem Alter wegen niedrigen EM-Risiken nicht möglich.

Abbildung 4: Prognostizierte EM-Rentenzugänge von inländischen 30- bis 59-jährigen versicherten Männern nach Qualifikation und Region in Deutschland (2004 – 2006)



Anmerkung: niedrig – niedriges Qualifikationsniveau
 mittel – mittleres Qualifikationsniveau
 hoch – hohes Qualifikationsniveau

Quelle: FDZ-RV - SUFRTZN04-06XVSTEM, SUFAKVS04-06XVSBB, gepoolt.

Auch bei den hochqualifizierten Männern sind lediglich marginale Ost-West-Unterschiede im Hinblick auf die EM-Rentenrisiken festzustellen. Mit sinkender Qualifikation nehmen die EM-Renten-Risiken der Männer erheblich zu, insbesondere für Niedrigqualifizierte in den neuen Bundesländern.

Bei einer Berentung wegen Erwerbsminderung kommt chronischen Krankheiten, wie z.B. Herz-Kreislauf-Leiden, Bandscheibenvorfälle oder schwere Depressionen, große Bedeutung zu. Wer aufgrund solcher Krankheiten eine Erwerbstätigkeit nicht oder nur noch eingeschränkt verrichten kann, hat - sofern die Voraussetzungen erfüllt sind - Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente. Informationen zu Krankheiten sind in den FDZ-RV-Themenfiles „Erwerbsminderung und Diagnosen“ enthalten und nach ICD-10-GM Version in Haupt- und - im Hinblick auf eine Übereinstimmung - in Nebendiagnosen verschlüsselt. Aus den differenzierten ICD-10-GM Diagnosen können Diagnosegrundgruppen erstellt werden, in denen ähnliche Diagnosen zusammengefasst werden (vgl. DRV 2009b: 342).

Im Folgenden werden Erwerbsminderungsrisiken differenziert nach Qualifikationsniveau, Geschlecht und Region für die drei häufig vorkommenden Diagnosegruppen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Erkrankungen untersucht.

Tabelle 5: EM-Renten-Risiken von inländischen 30- bis 59- jährigen Versicherten nach Qualifikation und Region wegen Diagnose einer Herz-Kreislauf-Erkrankung in Deutschland (2004 – 2006)

Erklärende Variablen	Männer		Frauen	
	Odds-Ratio	dy/dx	Odds-Ratio	dy/dx
Niedriges Qualifikationsniveau	7,67* (0,7673)	0,001* (0,00012)	5,62* (1,0496)	0,0005* (0,0001)
Mittleres Qualifikationsniveau	4,23* (0,4029)	0,0003* (0,00002)	3,01* (0,5444)	0,0001* (0,00002)
Hohes Qualifikationsniveau	1,00		1,00	
Ostdeutschland	1,81* (0,0683)	0,0002* (0,00002)	1,69* (0,1055)	0,0001* (0,00001)
Westdeutschland	1,00		1,00	
Pseudo-R ²	0,098		0,0631	
Beobachtungen	307.661		268.696	

Anmerkungen: Zusätzliche Kontrollvariablen sind Alter und Alter² sowie fixed Effekte, die für die Heterogenität zwischen den Jahren 2004, 2005 und 2006 kontrollieren.

* Werte sind auf dem 5%-Niveau signifikant.
(Standardfehler in runden Klammern).

Quelle: FDZ-RV - SUFRTZN04-06XVSTEM, SUFAKVS04-06XVSB, gepoolt.

Für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigt sich, dass Männer und Frauen mit niedrigem Qualifikationsniveau ein fast acht- bzw. sechsfach erhöhtes Risiko eines EM-Rentenzugangs haben als Männer und Frauen mit hoher Qualifikation. Auch in der mittleren Qualifikationsgruppe ist das EM-Renten-Risiko signifikant erhöht (Tabelle 5). Darüber hinaus ist bei Männern und Frauen auf das deutlich erhöhte Risiko eines EM-Rentenzugangs in Ost- im Vergleich zu Westdeutschland zu verweisen. Sowohl für Qualifikations- als auch für die Ost-Westunterschiede gilt, dass diese bei EM-Rentenzugängen, die auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückgehen, stärker hervortreten als bei den EM-Rentenzugängen insgesamt (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 6: EM-Renten-Risiken von inländischen 30- bis 59-jährigen Versicherten nach Qualifikation und Region wegen Diagnose einer Muskel-Skelett-Erkrankung in Deutschland (2004 – 2006)

Erklärende Variablen	Männer		Frauen	
	Odds-Ratio	dy/dx	Odds-Ratio	dy/dx
Niedriges Qualifikationsniveau	11,06* (1,3478)	0,002* (0,00023)	5,27* (0,6323)	0,001* (0,00016)
Mittleres Qualifikationsniveau	8,73* (1,0272)	0,0004* (0,00002)	3,22* (0,3745)	0,0003* (0,00003)
Hohes Qualifikationsniveau	1,00		1,00	
Ostdeutschland	1,44* (0,051)	0,0001* (0,00001)	1,31* (0,0533)	0,0001* (0,00002)
Westdeutschland	1,00		1,00	
Pseudo-R ²	0,1014		0,0781	
Beobachtungen	307.661		268.696	

Anmerkungen: Zusätzliche Kontrollvariablen sind Alter und Alter² sowie fixed Effekte, die für die Heterogenität zwischen den Jahren 2004, 2005 und 2006 kontrollieren.

* Werte sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

(Standardfehler in runden Klammern).

Quelle: FDZ-RV - SUFRTZN04-06XVSTEM, SUFAKVS04-06XVSBB, gepoolt.

Bezüglich EM-Rentenzugängen wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen fallen vor allem die stark erhöhten Risiken bei Männern mit niedriger und mittlerer Qualifikation im Vergleich zu den hochqualifizierten Männern auf. Bei Frauen sind bei diesen Gruppen ebenfalls erhöhte Risiken festzustellen, wobei wie für Männer zutrifft, dass sich die Qualifikationsunterschiede stärker abzeichnen als bei der Betrachtung aller EM-Rentenzugänge (vgl. Tabelle 3). Außerdem ist das EM-Renten-Risiko wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen in den neuen Bundesländern höher als in den alten Bundesländern.

Tabelle 7: EM-Renten-Risiken von inländischen 30- bis 59-jährigen Versicherten nach Qualifikation und Region wegen Diagnose einer psychischen Erkrankung in Deutschland (2004 – 2006)

Erklärende Variablen	Männer		Frauen	
	Odds-Ratio	dy/dx	Odds-Ratio	dy/dx
Niedriges Qualifikationsniveau	4,63* (0,2784)	0,003* (0,00017)	2,58* (0,1573)	0,002* (0,00016)
Mittleres Qualifikationsniveau	2,28* (0,1284)	0,0006* (0,00003)	1,65* (0,0949)	0,0006* (0,00006)
Hohes Qualifikationsniveau	1,00		1,00	
Ostdeutschland	1,11* (0,037)	0,0001* (0,00003)	0,9* (0,0272)	-0,0001* (0,00004)
Westdeutschland	1,00		1,00	
Pseudo-R ²	0,0389		0,0339	
Beobachtungen	307.661		268.696	

Anmerkungen: Zusätzliche Kontrollvariablen sind Alter und Alter² sowie fixed Effekte, die für die Heterogenität zwischen den Jahren 2004, 2005 und 2006 kontrollieren.

* Werte sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

(Standardfehler in runden Klammern).

Quelle: FDZ-RV - SUFRTZN04-06XVSTEM, SUFAKVS04-06XVSBB, gepoolt.

Auch bei EM-Rentenzugängen aufgrund von psychischen Erkrankungen sind deutliche Qualifikationsunterschiede festzustellen. Männer mit niedriger Qualifikation haben ein nahezu 5-fach erhöhtes Risiko im Verhältnis zu hochqualifizierten Männern. Bei Frauen beträgt das entsprechende Verhältnis annähernd 3:1 (Tabelle 7). Deutlich geringer als bei den beiden anderen Diagnosegruppen fallen die Ost-West-Unterschiede aus. Bei Frauen ist das mit psychischen Erkrankungen verbundene EM-Renten-Risiko in Ostdeutschland sogar etwas niedriger als in Westdeutschland.

6 Diskussion

Mit FDZ-RV-Daten können Analysen im Bereich von sozialer Ungleichheit und Gesundheit in versicherten Erwerbsbiografien durchgeführt werden, die vor Gründung des Forschungszentrums Beschäftigten der Rentenversicherung (Rehfeld et al. 2008) oder spezifischen Forschungsprojekten vorbehalten waren, die lediglich über Daten bestimmter Rentenversicherungsträger verfügten (Bödecker et al. 2006).

Chronische Erkrankungen spielen bei gesundheitsbedingten Frühberentungen (EM-Rente) eine besondere Rolle. Nahezu jeder fünfte Neuzugang in der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht eine EM-Rente. Die Analysen für die zugrunde liegende Untersuchungspopulation – in Deutschland lebende versicherte Personen im Alter von 30 bis einschließlich 59 Jahren (2004-2006) – zeigen, dass die EM-Renten-Risiken ungleich verteilt sind: Sowohl die Qualifikation als auch das Geschlecht und der Wohnort haben einen Einfluss auf das Risiko eine Erwerbminderungsrente zu beziehen. Die eingangs aufgestellten Thesen können weitgehend gestützt werden.

Zu These 1: Höhere Qualifikation verringert das Frühberentungsrisiko

Die Analysen zeigen, dass in jeder Altersgruppe Versicherte mit hoher Qualifikation weitaus seltener als diejenigen mit mittlerer und vor allem diejenigen mit niedriger Qualifikation eine EM-Rente beziehen, dies gilt sowohl für Frauen als auch insbesondere für Männer. Auffällig ist, dass Männer mit niedriger Qualifikation in den neuen Bundesländern ein besonders hohes Risiko haben aus gesundheitlichen Gründen eine Erwerbsminderungsrente zu beziehen. Die Qualifikationsunterschiede werden ausgeprägter, wenn nach häufig vorkommenden Diagnosegruppen differenziert wird. Die größten Differenzen in Abhängigkeit von der höchsten schulischen und beruflichen Qualifikation zeigen sich bei den EM-Rentenzugängen wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen. Aber auch bei den Rentenzugängen aufgrund von den Herz-Kreislauf-Erkrankungen treten die Qualifikationsunterschiede stärker hervor als bei den EM-Rentenzugängen insgesamt. In beiden Diagnosegruppen sind die Differenzen zwischen hoch- und niedrig qualifizierten Männern besonders hoch. Bei den EM-Rentenzugängen aufgrund von psychischen Erkrankungen zeigt sich bei beiden Geschlechtern ein geringerer Qualifikationseffekt, der jedoch immer noch eine erhebliche Differenz zwischen Hoch- und Niedrigqualifizierten zeigt.

Zusammenfassend haben Erwerbstätige mit hoher Qualifikation bessere Chancen als solche mit niedriger Qualifikation ihr Erwerbsleben in Gesundheit zu beenden. Die Ursachen dieser Ungleichheit sind vielfältig. Zum einen können sie auf gesundheitsbewußtere Lebens- und Verhaltensweisen von Höherqualifizierten zurückgeführt werden, zum anderen können sie in Zusammenhang mit der ausgeübten beruflichen Tätigkeit und den damit verbundenen Risiken stehen. Erwerbstätige mit höherer Qualifikation üben im Vergleich zu Niedrigqualifizierten seltener Berufe aus, in denen chronische körperliche Fehlbelastungen auftreten. Die vergleichsweise geringeren Qualifikationsunterschiede hinsichtlich der psychischen Erkrankungen lassen sich möglicherweise darauf zurückführen, dass insbesondere psychische Belastungen prinzipiell in jedem (Arbeits-)Leben an jedem Arbeitsplatz auftreten können.

Zu These 2: Männer weisen ein höheres EM-Risiko auf als Frauen

Die geschlechterdifferenzierten Analysen bestätigen hinsichtlich der globalen Erwerbsminderungsrisiken die These: Männer beziehen durchschnittlich häufiger als Frauen eine EM-Rente. Auffällig ist dabei, dass die Geschlechterdifferenzen in den neuen Bundesländern ausgeprägter sind als in den alten. Hervorzuheben ist, dass sich das Qualifikationsniveau bei Männern wesentlich stärker auf das Erwerbsminderungsrisiko auswirkt als bei Frauen. Die Analysen nach Diagnosegruppen ergeben allerdings ein differenzierteres Bild: Während Männer aufgrund von Herz-Kreislauf- sowie von Muskel-Skelett-Erkrankungen ein erhöhtes EM-Risiko haben, zeigt sich hingegen ein umgekehrtes Bild bei den EM-Rentenzugängen aufgrund von psychischen Erkrankungen: hier sind es die Frauen, die ein höheres EM-Risiko im Vergleich zu den Männern haben. Zudem sind die Geschlechterdifferenzen bei psychischen Erkrankungen in den alten Bundesländern höher als in den neuen.

Die Ursachen der geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich des EM-Risikos können hier nicht abschließend geklärt werden. Vor dem Hintergrund, dass Berufe mit hohem gesundheitlichen Gefährdungspotential mehrheitlich von (niedrig qualifizierten) Männern ausgeübt werden, ist das erhöhte EM-Risiko von Männern aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen plausibel. Das erhöhte Risiko der Frauen psychisch zu erkranken könnte damit begründet werden, dass Frauen häufiger als Männer in emotional belastenden Berufen tätig sind, die zu stressbedingten Erkrankungen wie Depressionen und Burnout führen (Beermann et al. 2008, BiBB/BAuA 2006). Allerdings ist neben der Risikoexposition auch die unterschiedliche Wahrnehmung und Verarbeitung der psychischen Belastungen von Frauen und Männern zu berücksichtigen. Männer zeigen andere Symptome als Frauen, sie kompensieren ihre Probleme anders und haben ein anderes Hilfesuchverhalten als Frauen (DAK-Gesundheitsreport 2008).¹⁴

Zu These 3: EM-Risiko ist in den neuen Bundesländern höher als in den alten

Die Analysen bestätigen zunächst die These: Das EM-Risiko in den neuen Bundesländern ist höher als in den alten. Auffällig ist jedoch, dass die regionalen Disparitäten bei Frauen geringer ausfallen als bei Männern. Die Analysen zeigen darüber hinaus, dass insbesondere bei den Frauen die Ost-West-Unterschiede mit zunehmender Qualifikation abnehmen, aber auch bei den hochqualifizierten Männern sind lediglich marginale Ost-West-Unterschiede im Hinblick auf ihr EM-Rentenrisiko festzustellen.

Differenziert man die globalen EM-Renten-Risiken nach häufig vorkommenden Diagnosegruppen, zeigt sich bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie den Muskel-Skelett-Erkrankungen ein noch deutlicheres Bild als bei den EM-Rentenzugängen insgesamt. So-

¹⁴ Hinsichtlich der geschlechtsspezifischen EM-Renten-Risiken ist anzumerken, dass im Jahr 2008 jene der Frauen (5,2 je 1.000 aktiv Versicherte) geringfügig höher sind als die der Männer (5,0 je 1.000 aktiv Versicherte) (DRV 2009c).

wohl bei Frauen als auch bei Männern ist hier ein deutlich erhöhtes Risiko eines EM-Rentenzugangs in Ost- im Vergleich zu Westdeutschland zu verzeichnen. Auch hier fallen jeweils die Unterschiede bei den Frauen geringer aus als bei den Männern. Hinsichtlich der EM-Rentenzugänge aufgrund von psychischen Erkrankungen zeigt sich hingegen ein anderes Bild: Hier fallen die Ost-West-Unterschiede deutlich geringer aus. Bei Frauen ist das mit psychischen Erkrankungen verbundene EM-Rentenrisiko in den neuen Bundesländern etwas geringer als in den alten Bundesländern.

Die Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern hinsichtlich des EM-Rentenrisikos können nicht aufgeklärt werden. Das erhöhte Vorkommen der Herz-Kreislauf- und der Muskel-Skelett-Erkrankungen insbesondere bei ostdeutschen Männern könnte darauf zurückzuführen sein, dass überproportional viele Männer in den neuen Bundesländern in Arbeitsverhältnissen mit belastenden Umgebungsfaktoren und physisch belastenden manuellen Tätigkeiten beschäftigt sind oder waren.

Im Hinblick auf die Stärke des Einflusses erklärender Variablen ist grundsätzlich festzustellen, dass vor allem die Qualifikation – gefolgt von geschlechtsspezifischen und regionalen Merkmalen – einen wesentlichen Einfluss auf Erwerbsminderungsrisiken haben. Wobei mit zunehmender Qualifikation der Einfluss von Geschlecht und Regionalität deutlich zurückgeht: Hochqualifizierte Männer und Frauen haben vergleichbare EM-Renten-Risiken, die jeweils in den neuen Bundesländern geringfügig höher sind. Während bei den geringer Qualifizierten die Männer ein wesentlich höheres EM-Renten-Risiko aufweisen als Frauen.

Aus anderen Studien ist bekannt, dass geringe Qualifikation mit überwiegend niedrigen Rentenanwartschaften assoziiert ist, insbesondere in den neuen Bundesländern (Clemens / Himmelreicher 2008, Himmelreicher et al. 2007). Niedrige gRV-Anwartschaften führen im Fall von Erwerbsminderung zu niedrigen Rentenzahlbeträgen, weil EM-Renten keine volle Lohnersatzfunktion haben. Insbesondere dann, wenn Phasen des EM-Rentenbezugs mehrere Jahre dauern, ist nicht davon auszugehen, dass diese Personen auf Grund von niedrigen Rentenzahlbeträgen zusätzlich betrieblich oder privat vorsorgen können, um die Niveaureduzierungen in der gRV kompensieren zu können. Insofern wird die Aufrechterhaltung des vormaligen Lebensstandards für langjährige Bezieher von EM-Renten schwierig und das Risiko von Altersarmut wird für diesen Personenkreis steigen; vor allem dann, wenn sie nicht über eine zusätzliche Absicherung gegen das Risiko der Erwerbsminderung verfügen. In diesem Zusammenhang wird deutlich, wie wichtig eine zunehmende Verbreitung sowohl von Kenntnissen in den Bereichen Altersvorsorge und Erwerbsminderungsrisiken als auch in Bezug auf das Gesundheitsverhalten ist. Derzeit ist erstens der Wissensstand im Themenbereich healthy und financial literacy im Hinblick auf Wissen und Fähigkeit bei Geringqualifizierten als eher niedrig einzuschätzen (Bucher-Koenen 2009), zweitens werden seitens der Fi-

nanzdienstleister private Formen zur Absicherung gegen Erwerbsminderungsrisiken gerade für besonders gefährdete Beschäftigte entweder nicht oder lediglich zu hohen Kosten angeboten. Und drittens dürfte das verfügbare Einkommen von gering Qualifizierten wegen durchschnittlich niedriger Arbeitseinkünfte ebenfalls eher gering sein, weshalb eine zusätzliche private Absicherung gegen EM-Risiken eher unwahrscheinlich sein dürfte. Zusammenfassend liefert die Studie Hinweise, dass sich niedrige Qualifikation und fehlende Möglichkeiten zur ergänzenden Absicherung via erhöhtem EM-Risiko zu einem besonderen Armutsrisiko verbinden könnten, was aber noch zu untersuchen wäre.

Die in der vorliegenden Studie präsentierten Ergebnisse zum Zusammenhang von EM-Renten-Risiken und Qualifikation liefern neue Hinweise zum Themenbereich soziale und gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland. Sie verweisen auf die große Bedeutung von schulischer und beruflicher Qualifikation für ein langes und gesundes (Arbeits-)Leben. Dennoch ist weiterer Forschungsbedarf vorhanden, da sozialmedizinische bzw. epidemiologische Analysen über Frühberentung wegen Krankheit sowie vor allem über die Hintergründe und mögliche Ursachen des Berentungsgeschehens nach wie vor weitgehend fehlen (Richter 2006, Viebrok 2003).

Literatur

- Albrecht, M., Loos, St. & Schiffhorst, G.* (2007): Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung: eine Analyse auf Basis von SOEP-Daten. In: Deutsche Rentenversicherung 62 (10), S. 621-640.
- Beermann, B., Brenscheidt, F. & Siefer, A.* (2008): Unterschiede in den Arbeitsbedingungen und -belastungen von Frauen und Männern, in: Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, S. 67-82.
- BIBB/BAuA (2006): Erwerbstätigenbefragung 2005/2006 (<http://www.bibb.de/de/26901.htm>, Zugriff am 09.06.2010).
- Bödeker, W., Friedel, H., Friedrichs, M., Röttger, C. & Schröer, A., unter Mitarb. v. Fachinger, U.* (2006): Kosten der Frühberentung. Abschätzung des Anteils der Arbeitswelt an der Erwerbs- und Berufsunfähigkeit und die Folgekosten. Bremerhaven: NW-Verlag.
- Brandes, H.* (2003): Männlicher Habitus und Gesundheit. Blickpunkt Der Mann 1(2): 10-13
- Brussig, M.* (2010): Künftig mehr Zugänge in Altersrenten absehbar. Gegenwärtig kein Ausweichen in die Erwerbsminderungsrente zu beobachten. Altersübergangs-Report 2010-02, Institut Arbeit und Qualifikation, Universität Duisburg-Essen.
- Brussig, M. & Wojtkowski, S.* (2006): Durchschnittliches Renteneintrittsalter steigt weiter. Altersübergangs-Report 2006-02, Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen, Düsseldorf.
- Bucher-Koenen, T.* (2009): Financial Literacy and private Old-Age Provision in Germany - Evidence from SAVE 2008. MEA Discussion Paper 192-2009.
- Clemens, W. & Himmelreicher R. K.* (2008): Erwerbsverlauf, Qualifikation und Rentenzugangsverhalten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 41 (5), S. 352-359.
- DAK (2008): Gesundheitsreport 2008. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Mann und Gesundheit.
- Dragano, N.* (2007): Arbeit, Stress und krankheitsbedingte Frührenten. Zusammenhänge aus theoretischer und empirischer Sicht. Wiesbaden: VS Verlag.
- Dragano, N., Friedel, H. & Bödeker, W.* (2008): Soziale Ungleichheit bei der krankheitsbedingten Frühberentung. In: Bauer, U., Bittlingmayer, U. H., Richter, M. (Hrsg.) Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS-Verlag, S. 108-124.
- DRV (2009a): Rentenversicherung in Zeitreihen, Oktober 2009. DRV-Schriften Band 22.
- DRV (2009b): Rentenzugang 2008. Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Band 173.
- DRV (2009c): Indikatoren zu Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) im Zeitablauf. Statistische Analysen, Referat 0631, Stand: November 2009.
- Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (Hrsg.)* (2006): Geschlechtsspezifische Aspekte der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes bei der Arbeit. Eine zusammenfassende Darstellung. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaft. Luxembourg.
- Helmert, U.* (2003): Individuelle Risikofaktoren, Gesundheitsverhalten und Mortalitätsentwicklung in Deutschland im Zeitraum 1984 bis 1998. Gesundheitswesen 65, S. 542-547.
- Himmelreicher, R. K., Hagen, Ch. & Clemens, W.* (2009): Bildung und Übergang in den Ruhestand: Gehen Höherqualifizierte später in Rente? In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 3/2009, S. 437-452.
- Himmelreicher, R. K. & Stegmann, M.* (2008): New possibilities for socio-economic research through longitudinal data from the Research Data Center of the Federal German Pension Insurance (FDZ-RV). In: Schmollers Jahrbuch 128 (4), S. 647-660.
- Himmelreicher, R. K., Sewöster, D., Scholz, R. & Schulz, A.* (2008): Die fernere Lebenserwartung von Rentnern und Pensionären im Vergleich. In: WSI-Mitteilungen 61 (5), S. 274-280.
- Himmelreicher, R. K., Mai, D. & Fachinger, U.* (2007): Alterlohnprofile in den neuen Bundesländern – Eine Untersuchung auf Datenbasis des Längsschnittdatensatzes SUVVVL2004. In: DRV-Schriften Band 55/2007, S. 159-200.

- Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP (2009): Wachstum, Bildung, Zusammenhalt.
- Köhler-Rama, T., Lohmann, A., & Viebrok, H. (2010):* Vorschläge zu einer Leistungsverbesserung bei Erwerbsminderungsrenten aus der gesetzlichen Rentenversicherung. In: ZSR 56 (1), S. 59-83.
- Koppelin, F. & Müller, R. (2004):* Macht Arbeit Männer krank? Arbeitsbelastungen und arbeitsbedingte Erkrankungen bei Männern und Frauen. In: Altgeld, T. (Hrsg.) Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim, München: Juventa, S. 121-134.
- Kreckel, R. (1992):* Politische Soziologie der sozialen Ungleichheit. Frankfurt a.M., New York: Campus.
- Kuhn, K (2008):* *Geschlechtsspezifische arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Erkrankungen, in: Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, S. 83- 96.*
- Kurth, B.-M., Lange, C., Kamtsiuris, P. & Hölling, H.(2009):* Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 52, S. 557-570.
- Lademann, J. & Kolip, P. (2005):* Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut,
- Lampert, T., Sass A-C, Häfelinger M & Ziese T (2005):* Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Lampert, T. & Saß, A.-C. (2007):* Datengrundlagen für Analysen der sozialen Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. In: Tiesmeyer, K., Brause, M., Lierse, M., Lukas-Nülle, M. & Heilmann, T. (Hrsg): Der blinde Fleck – Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Bern Göttingen Toronto Seattle: Verlag Hans Huber, S 53-76.
- Lampert, T., Kroll, L. E. & Dunkelberg, A. (2007):* Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. Aus Politik und Zeitgeschichte 42, S. 11-18.
- Marmot, M. & Wilkonson, R. G (Hrsg.) (1999):* Social determinants of health. Oxford University Press, Oxford.
- Mensink, G (2004):* Essen Männer anders? In: Altgeld, T. (Hrsg.) Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention, S. 155-169.
- Mielck, A. (2000):* Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnis, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern u. a, Hans Huber.
- Mielck, A. (2005):* Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern u. a., Hans Huber.
- Nocon, M, Keil, T & Willich, S. (2007):* Education, income, occupational status and health risk behaviour. Journal of Public Health 15, S. 401-405.
- Radl, J. (2007):* Individuelle Determinanten des Renteneintrittsalters. Eine empirische Analyse von Übergängen in den Ruhestand. Zeitschrift für Soziologie 1, S. 43-63.
- Rehfeld, U., Bütefisch, T. & Hoffmann, H. (2008):* Gesundheitsbedingte Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung für Frauen und Männer - Indikatoren für die Morbidität. In: Fehlzeitenreport 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin u. a.: Springer, S. 145-157.
- Rehfeld, U. (2006):* Gesundheitsbedingte Frühberentung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 30. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Richter, D. (2006):* Psychische Störungen und Erwerbsminderungsberentung. In: DRV-Schriften Band 55, S. 212-223.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2009):* Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Rische, H.* (2010): Die Absicherung des Erwerbsminderungsrisikos – Handlungsbedarf und Reformoptionen. In: *RVaktuell* 57 (1), S. 2-9.
- Robert, S. A. & House, J.S.* (2000): Socioeconomic inequalities in health: Integrating individual, community-, and societal-level theory and research. In: *Albrecht, G.L., Fitzpatrick, R., Scrimshaw, S.C.* (Hrsg.) *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. Sage, London, S. 115-135.
- Robert Koch-Institut* (Hrsg) (2006): *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: RKI,
- Robert Koch-Institut* (Hrsg) (2009): *20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: RKI.
- Schmidtke, Heidrun* (1997): *Gesundheitsversorgung und Gesundheit in den neuen Bundesländern*. In: *Soziale Sicherheit für alle?* Hrsg. v. *Hauser, R. & Olk, Th.*: Beiträge zu den Berichten zum sozialen und politischen Wandel in Ostdeutschland. Leske + Budrich: Opladen, S. 173-222.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2006): *Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Band I: Korporative Koordination und Wettbewerb, Sozioökonomischer Status und Gesundheit, Strategien der Primärprävention*. Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Viebrok, H.* (2003): Disability pensions in Germany. In: *C. Prinz* (Ed.), *European Pension Policies: 11 County Trends 1970-2002*. Aldershot: Ashgate, S. 197-224.
- Viebrok, H., Himmelreicher, R. K. & Schmähel, W.* (2004): *Private Altersvorsorge statt Rente: Wer gewinnt, wer verliert?*, Beiträge zur Sozial- und Verteilungspolitik (Hrsg. W. Schmähel) Band 3, Münster u.a.O.: LIT Verlag.

Tabellenanhang

Tabelle A 1: Zusammenfassende Statistiken der aktiv Versicherten und der Zugänge in Erwerbsminderungsrente in Deutschland (2004 – 2006)		
Variable	Mittelwert (Standardabweichung)	
	aktiv Versicherte	Zugänge in die Erwerbsminderungsrente
Alter	43,9 (7,97)	50,4 (6,92)
Geschlecht (0 = männlich, 1 = weiblich)	0,48 (0,4996)	0,45 (0,4978)
Region (1 = Ostdeutschland 0 = Westdeutshl.)	0,19 (0,3932)	0,23 (0,4216)
Staatsangehörigkeit (1 = deutsch, 0 = nicht deutsch)	0,91 (0,2873)	0,9 (0,2944)
Niedriges Qualifikationsniveau (1/0)	0,14 (0,3457)	0,22 (0,4167)
Mittleres Qualifikationsniveau (1/0)	0,75 (0,4309)	0,74 (0,4389)
Hohes Qualifikationsniveau (1/0)	0,12 (0,3099)	0,04 (0,1884)
Psychische Erkrankung (1/0)	-	0,32 (0,4657)
Herz-Kreislauf-Erkrankung (1/0)	-	0,11 (0,3095)
Muskel-Skelett-Erkrankung (1/0)	-	0,17 (0,3795)

Quelle: FDZ-RV - SUFRTZN04-06XVSTEM, SUFAKVS04-06XVSB, gepoolt.