

Vom Healthy-migrant-Effekt zur gesundheitsbedingten Frühberentung. Erwerbsminderungsrenten bei Migranten in Deutschland

Dr. Anke Höhne / Michael Schubert

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Einleitung und Fragestellung

In Deutschland leben ca. 15,3 Millionen Menschen mit einem sogenanntem „Migrationshintergrund“ (Tivig und Hetze 2005). Damit hat fast ein Fünftel der Bevölkerung in Deutschland einen Migrationshintergrund. Viele der Personen mit Migrationshintergrund im erwerbsfähigen Alter wurden ab den 1950er-Jahren als (oft jüngere) Arbeitsmigranten – insbesondere von Westdeutschland – gezielt angeworben und erreichen nun verstärkt das rentennahe Alter. Somit spielen auch Versicherte mit Migrationshintergrund eine zunehmend bedeutsamere Rolle im Rentenzugang der Deutschen Rentenversicherung. Die Bevölkerungsgruppe der Migranten ist zudem von wachsender Bedeutung für den deutschen Arbeitsmarkt. Der jüngste Bericht der OECD „International migration outlook“ von 2007 weist nachdrücklich darauf hin, dass Deutschland sehr viel schneller und in größerem Umfang als die meisten anderen OECD-Länder auf eine schrumpfende Erwerbsbevölkerung reagieren muss. Empfohlen wird in diesem Bericht, dass das vorhandene Arbeitskräftepotenzial besser zu mobilisieren sei sowie die Zuwanderung Hochqualifizierter und einiger anderer Berufsgruppen erleichtert werden sollte, um kurzfristig den Bedarf des Arbeitsmarktes befriedigen zu können.

Vor diesem Hintergrund ist zu konstatieren, dass zwar zunehmend Studien zur gesundheitlichen Situation von Migranten durchgeführt werden, jedoch kaum Informationen zum gesundheitsbezogenen Frühberentungsgeschehen dieser Bevölkerungsgruppe vorliegen (vgl. Kauth-Kookshorn 1999; Zeeb und Razum 2006; Korporal und Dangel 2004). Denn, während das für Erwerbsminderung in Deutschland hauptsächlich verantwortliche gesundheitliche Ursachenpektrum im Großen und Ganzen als bekannt gelten kann (vgl. Rehfeld 2006), gilt dies aber keineswegs für Migranten in Deutschland. Dies gilt umso mehr, da die erwerbstätigkeitsbezogenen gesundheitlichen Auswirkungen der beruflichen Tätigkeiten von Migranten in häufig physisch sehr belastenden Arbeitsbereichen (BMFSFJ 2005) bislang weithin offen sind.

Der Beitrag¹ widmet sich daher den folgenden Forschungsfragen:

- Welche Rolle spielt Erwerbsminderung im Rentengeschehen von Migranten in Deutschland?
- Welche sozialen Determinanten spielen beim krankheitsbedingten vorzeitigen Rentenbeginn von Migranten eine Rolle?
- Nutzen Migranten medizinische Rehabilitationsleistungen im vergleichbaren Umfang wie deutsche Arbeitnehmer?

¹ Dieser Beitrag entstammt der Arbeit des Projektes C5 „Rehabilitation zwischen Transformation und Weiterentwicklung“ (Leitung: Prof. Dr. Johanna Behrens) des SFB 580 „Gesellschaftliche Entwicklungen nach dem Systemumbruch“, der durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert wird. Das Projekt beschäftigt sich dabei insbesondere mit Entwicklungen und Veränderungen im Bereich der Rehabilitation.

Forschungsstand

Derzeit leben rund 6,75 Millionen Personen mit einer ausschließlich ausländischen Staatsangehörigkeit in Deutschland.² Einen Migrationshintergrund haben rund 15 Millionen Einwohner in Deutschland (*Tivig und Hetze 2007*). Die größten Zuwanderergruppen werden durch Zuwanderer aus den sog. früheren Anwerbestaaten gebildet, in denen in der Zeit des wirtschaftlichen Aufschwungs ab den 1950er-Jahren bis zum Anwerbestopp 1973 Arbeitskräfte für den westdeutschen Arbeitsmarkt gewonnen wurden: Türkei, Griechenland, Italien, Portugal, Spanien und Jugoslawien.³ Über ein Viertel der Migranten in Deutschland sind Türken (*Tivig und Hetze 2007*). Darüber hinaus bilden Aussiedler aus verschiedenen ehemals sozialistischen Staaten Ost- und Südosteuropas (v. a. GUS-Staaten, Polen, Rumänien), die verstärkt ab 1990 nach Deutschland eingewandert sind, eine große Zuwanderergruppe. Während die sogenannten Arbeitsmigranten (häufig auch als Gastarbeiter bezeichnet) überwiegend ihre Staatsangehörigkeit behalten haben, besitzen Aussiedler in der Regel die deutsche Staatsbürgerschaft und tauchen daher in vielen nur nach der Staatsbürgerschaft unterscheidenden Statistiken und Analysen nicht mehr als Migranten auf.

Heute erreichen immer mehr Angehörige der sogenannten ersten Generation von Zuwanderern das Rentenalter und werden mehrheitlich ihren Lebensabend in Deutschland verbringen, wo auch ihre Kinder und Enkelkinder leben. 1997 lebten 275.752 Migranten, die älter als 64 Jahre waren in Deutschland, nur fünf Jahre später hat sich ihre Zahl fast verdoppelt auf 419.236 und wird in den kommenden Jahren weiterhin ansteigen (*Özcan und Seifert 2004*). Im Vergleich mit der deutschen Bevölkerung handelt es sich bei den Migranten aber immer noch um eine vergleichsweise „jüngere“ Bevölkerungsgruppe, ist doch der Anteil der über 70-Jährigen unter ihnen bisher sehr gering (*Dietzel-Papakyriakou 2005; Schopf und Naegele 2005*).

Healthy-migrant-Effekt

Aus der Forschung ist zum einen bekannt, dass viele Migranten sozioökonomisch gegenüber der Mehrheitsbevölkerung des Landes, in das sie migriert sind, benachteiligt sind (*Razum 2006; 2007*). Zum anderen geht ein niedriger sozioökonomischer Status mit einem erhöhten Risiko an Krankheiten des Kreislaufsystems zu erkranken bzw. einer generell höheren Morbidität und Mortalität einher (*Mielck 2005; Babitsch; Lampert; Müters et al. 2006*). Dennoch weisen viele erwachsene Migranten in Westeuropa oder den USA gegenüber der Mehrheitsbevölkerung des Ziellandes eine geringere Mortalität auf. Dieser zunächst paradox erscheinende Befund wird als Healthy-migrant-Effekt bezeichnet. Die geringere Mortalität der Migranten wird darauf zurückgeführt, dass es meistens besonders gesunde und belastbare Menschen sind (vergleichbar dem bekannten Healthy-worker-Effekt), die sich zur Migration entschließen (*Kirkcaldy et al. 2006; Razum 2006*). Migranten sind zum Zeitpunkt der Zuwanderung häufig auch psychisch gesünder und belastbarer als Einheimische, wie *Lechner und Mielck (1998)* mit Daten des Sozio-oekonomischen Panels zeigen konnten. Die ab den 1950er-Jahren angeworbenen Arbeitsmigranten haben in Deutschland überdurchschnittlich häufig physisch sehr an-

² Die Angabe entstammt dem Ausländerzentralregister (AZR), das nur Ausländerinnen und Ausländer erfasst, die sich „nicht nur vorübergehend“ in der Bundesrepublik aufhalten. Aufgrund der Tatsache, dass zudem nur Personen mit einer ausschließlich ausländischen Staatsbürgerschaft in diesem Register erfasst werden, liegt die Zahl von Personen mit einem Migrationshintergrund in Deutschland deutlich höher.

³ Zur Migrationsforschung mit Daten der Rentenversicherung vgl. auch *Mika (2007)*.

strengende berufliche Tätigkeiten v. a. in der Industrie und im Bergbau ausgeübt. Sie leisteten häufig Akkordarbeit, die oft mit langen Arbeitszeiten (Überstunden) und Schichtarbeit einherging. Migranten arbeiten sehr viel seltener als deutsche Arbeitnehmer in einem Angestelltenverhältnis (1996: 16,4%), das in der Regel seltener mit starken physischen Anstrengungen verbunden ist als die Ausübung einer Arbeitertätigkeit (1996: 50,1%; Keller und Baune 2005). Vor allem Zuwanderer aus der Türkei leben zudem häufig unter schlechteren Wohnbedingungen (Özcan und Seifert 2004; Statistisches Bundesamt 2006). Die Folge dieser verschiedenen, insgesamt schlechteren Arbeits- und Lebensbedingungen ist, dass es zu einem Anstieg der Mortalität bei den Migranten kommt. Der Healthy-migrant-Effekt ist demzufolge nur ein kurzfristiger Mortalitätsvorteil gegenüber der Mehrheitsbevölkerung. Migranten im Alter von 45-64 Jahre waren sowohl 1997 als auch 2002 deutlich häufiger krankgemeldet als Deutsche im gleichen Alter (Özcan und Seifert 2004). Darüber hinaus schätzen Migranten ihren Gesundheitszustand häufiger als weniger gut bzw. schlecht ein als Deutsche und sind unzufriedener mit ihrer Gesundheit (Özcan und Seifert 2004). In diesem Zusammenhang zu nennen sind die hohen Prävalenzraten für psychische und psychosomatische Erkrankungen insbesondere bei Arbeitsmigranten aus der Türkei, wie sie von in der Gesundheitsbetreuung dieser Bevölkerungsgruppe tätigen Experten berichtet werden (Lüneburg 2006). Ein weiterer Problempunkt betrifft den Umstand, dass bestehende Präventions- und Vorsorgeangebote von Migranten unterdurchschnittlich häufig genutzt werden (Spallek und Razum 2007). Allerdings fehlen repräsentative Daten über die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen durch erwachsene Migranten in Deutschland. Mit dem Alterssurvey 2002 wurde erstmals eine bundesweite Erhebung durchgeführt, die eine umfassende Untersuchung der „zweiten Lebenshälfte“ von Menschen nicht-deutscher Staatsangehörigkeit ermöglicht hat (Baykara-Krumme und Hoff 2006). Der Alterssurvey bestätigt dabei die Forschungsbefunde zu den schlechteren Wohnbedingungen und dem häufiger schlechter eingeschätzten subjektiven Gesundheitszustand bei älteren Migranten in Deutschland. Auf Grundlage einer Studie stellt Erdogan (2002) heraus, dass türkische Arbeitnehmer bei der Anerkennung einer Berufskrankheit durchschnittlich fünf Jahre jünger als deutsche Arbeitnehmer sind, diese häufiger als ihre deutschen Kollegen auch nach Feststellung einer Berufskrankheit weiterarbeiten und dadurch eine weitere Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes riskieren.

„Reha vor Rente“

Eine Erwerbsminderung liegt vor, wenn „unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes“ die Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (vgl. die Übersicht bei Rehfeld 2006). Dabei wird zwischen einer vollen Erwerbsminderung (das Leistungsvermögen beträgt weniger als drei Stunden pro Tag) und einer teilweisen Erwerbsminderung (das Leistungsvermögen beträgt zwischen drei bis sechs Stunden pro Tag) unterschieden. Liegt eine Erwerbsminderung vor, ist die Teilhabe am Arbeitsleben (durch das verringerte Leistungsvermögen) beeinträchtigt. Der Begriff Erwerbsminderung ist in der Terminologie des SGB IX im Behinderungsbegriff enthalten, d. h. es soll das Ziel verfolgt werden, die Erwerbsfähigkeit möglichst zu erhalten bzw. wiederherzustellen und die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern. Interventionen bei einer bestehenden Erwerbsminderung haben Vorrang vor Rentenleistungen: Es gilt das Prinzip „Reha vor Rente“. Der Bezug einer Rente, insbesondere einer Dauerrente bei voller Erwerbsminderung, stellt den leistungsrechtlichen Schlusspunkt dar und markiert meist das Ende der beruflichen Laufbahn und häufig auch das Ende der finanziellen Eigenständigkeit. Das mit medizinischen und beruflichen

Rehabilitationsmaßnahmen verfolgte sozialpolitische Ziel lässt sich dementsprechend folgendermaßen zusammenfassen:

- Eine eigenständige Lebensführung soll erhalten werden.
- Vorhandene persönliche Ressourcen sollen gestärkt werden.
- Prävention soll durch geeignete Rehabilitationsmaßnahmen realisiert werden.

Neben einer erheblichen gesundheitlichen Einschränkung stellt eine Mindestversicherungsdauer von fünf Jahren die Voraussetzung für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung dar.

In Deutschland lebende und beschäftigte Migranten erwerben die gleichen Rentenleistungsansprüche wie deutsche Versicherte. Sollten sich Migranten zur Rückkehr in ihr Heimatland entschließen, gibt es zwischen Deutschland und vielen Staaten Sozialversicherungsabkommen, die die Anerkennung von Sozialversicherungsleistungen des Heimatlandes in einem anderen Hoheitsgebiet regeln. Eine besondere Relevanz haben Sozialversicherungsabkommen bei der Übertragung von Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder gesetzlichen Unfallversicherung z. B. nach der Rückkehr von Gastarbeitern ins Heimatland oder dem Umzug von Deutschen ins Ausland. Bezogen auf Rehabilitationsmaßnahmen sieht das deutsch-türkische Sozialversicherungsabkommen vor, dass türkischen Staatsangehörigen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland Rehabilitationsmaßnahmen nach innerstaatlichen deutschen Vorschriften gewährt werden (Deutsche Rentenversicherung 2005).

Datenbasis

Die Datenbasis der Untersuchung bildet der „Versichertenrentenzugang 2003“ der Deutschen Rentenversicherung, der eine systematische Zufallsauswahl von 10% aller Rentenzugänge 2003 darstellt (N=100.298). Bei diesen Daten handelt es sich um Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung, die vom Forschungsdatenzentrum der Deutschen Rentenversicherung (FDZ-RV) als Scientific Use File bereitgestellt werden. Der Vorteil dieser Daten besteht v. a. darin, dass diese Zufallsstichprobe aller Rentenzugänge des Jahres 2003 sowohl rentenrechtlich relevante Informationen als auch Angaben über Diagnosen und Variablen über ggf. erfolgte medizinische Rehabilitationsleistungen enthält, die wichtige Hintergrundinformationen über den gesundheitsbedingten vorzeitigen Rentenzugang liefern. Für gesundheitswissenschaftliche Analysen wirkt sich jedoch nachteilig aus, dass beispielsweise keine subjektiven Bewertungen und Einstellungen, wie in gesundheitswissenschaftlichen Surveys⁴, erhoben werden. Zudem wird besonderer Wert auf die Erfassung rentenrechtlich relevanter Informationen gelegt (z. B. Beitragszeiten, Kindererziehungszeiten, Anrechnungszeiten wegen Krankheit/Arbeitslo-

⁴ Ein potenziell geeigneter Datensatz zur Untersuchung des Inanspruchnahmeverhaltens gesundheitsbezogener bzw. speziell rehabilitativer Versorgungsstrukturen in Deutschland ist der erste telefonische Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts von 2003. Der als Public Use File „GSTel03“ zur Verfügung stehende Datensatz bietet auf Basis eines repräsentativen Querschnitts der deutschsprachigen Bevölkerung (N=8.318) darüber hinaus die Möglichkeit die Fragestellung im Migrationskontext zu untersuchen. Allerdings war für die Teilnahme an dieser Befragung ein ausreichendes Verständnis der deutschen Sprache notwendig, was zu einer deutlichen Untererfassung von Migranten im Fragebogen bzw. zu einer starken Selektivität zugunsten besser integrierter Migranten im Datensatz führte. Insofern können mit dem telefonischen Gesundheitssurvey keine repräsentativen Aussagen zur Gesundheit von Migranten in Deutschland getroffen werden.

sigkeit, Entgeltpunkte etc.), wodurch rentenrechtlich wiederum nicht so relevante Informationen (z. B. berufliche Ausbildung, Bezeichnung der beruflichen Tätigkeit) u. U. viele ungenaue oder fehlende Werte enthalten.

In die vorliegende Untersuchung einbezogen werden alle echten Rentenneuzugänge mit Wohnort in Deutschland und bekannter Staatsangehörigkeit, sodass als Grundgesamtheit der nachfolgenden empirischen Analysen $N=89.911$ zu bezeichnen sind (darunter $n=16.680$ Erwerbsminderungsrentner).

Der Beitrag konzentriert sich auf Personen mit einer ausländischen Staatsbürgerschaft und weist, wo das aufgrund von Fallzahlen möglich und sinnvoll ist, auch Personen mit türkischer Staatsbürgerschaft getrennt aus. Darüber hinaus werden die Analysen auch weitgehend differenziert nach Ost- und Westdeutschland sowie nach dem Geschlecht durchgeführt. Diese Differenzierung ist angezeigt, da sich im gesundheitsbedingten Frühberentungsgeschehen sowie in der Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen große Differenzen nach dem Geschlecht sowie für Ost- und Westdeutschland zeigen (*Rehfeld 2006*).

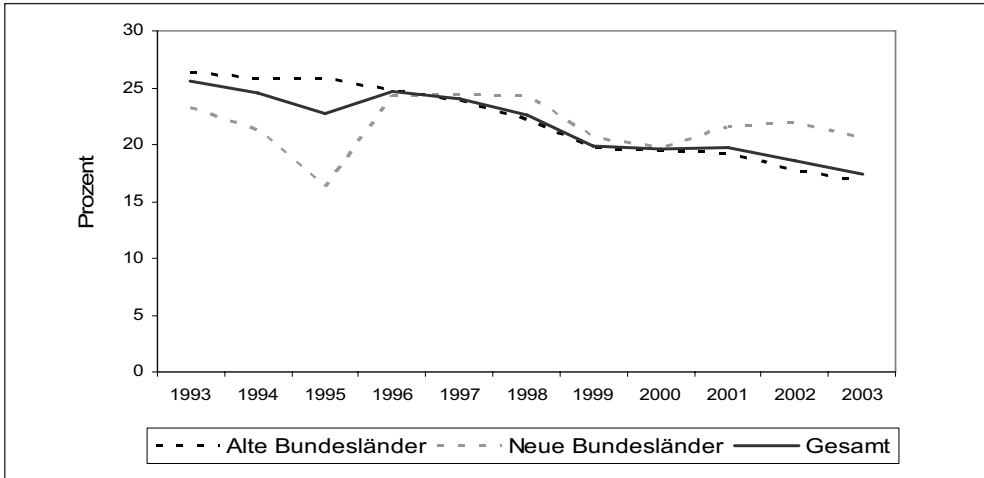
In den folgenden Analysen wird ein besonderer Blick auf die Versicherten mit türkischer Staatsangehörigkeit gerichtet, da sie eine relativ homogene Migrantengruppe darstellen (sogenannte Gastarbeiter). Allerdings sind differenzierten Analysen für die türkischen Versicherten Fallzahlengrenzen gesetzt, da der Datensatz lediglich 516 Erwerbsminderungsrentner mit türkischer Staatsbürgerschaft und Wohnsitz in Deutschland enthält. Jedoch hat zwischen 1996 und 2004 ein nicht unbeträchtlicher Teil der türkischen Zuwanderer die deutsche Staatsbürgerschaft angenommen. Laut SOEP besaßen 2004 19% der türkischen Zuwanderer die deutsche Staatsbürgerschaft gegenüber nur 1% im Jahre 1996 (Statistisches Bundesamt 2006). Diese Zuwanderer tauchen nachvollziehbarer Weise nicht als Migranten in den vorliegenden Analysen auf, wo als Unterscheidungsmerkmal die (deutsche) Staatsbürgerschaft dient.

Empirische Ergebnisse

Die folgenden empirischen Analysen konzentrieren sich auf ausgewählte Determinanten des Erwerbsminderungsgeschehens (Alter, Staatsangehörigkeit, Gesundheitszustand und berufliche Tätigkeit) in Deutschland, die getrennt für Ost- und Westdeutschland und Migranten sowie differenziert für Frauen und Männer dargestellt werden. Darüber hinaus wird die Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen untersucht.

In den letzten zwei Jahrzehnten sank der Anteil der Erwerbsminderungsrenten am Rentenzugang kontinuierlich von rund 50% (1983, alte Bundesländer) auf 17,4% im Jahr 2003 (vgl. **Abbildung 1**). Der Rückgang bei den Erwerbsminderungsrenten ist u. a. auf arbeitsmarktbedingte Gründe zurückzuführen, denn die höheren, rentennahen Altersgruppen nutzten ab Mitte der 1990er-Jahre – insbesondere in Ostdeutschland – zunehmend die Möglichkeit, vorgezogene Altersrenten wegen Arbeitslosigkeit anstatt Erwerbsminderungsrenten zu beziehen (vgl. *Rehfeld 2006*: 11). Zudem spielen die veränderten Zugangsmöglichkeiten im Zuge der Reform des Erwerbsminderungsrechts zum 1.1.2001 eine nicht unwesentliche Rolle.

Abbildung 1: Anteil der Erwerbsminderungsrenten an allen Renten (1993-2003)



Quelle: VDR Statistik Rentenzugang, FDZ-RV – SUFRZTN03XXVBB, eigene Darstellung.

Erwerbsminderungsrenten nach Nationalität

Nehmen wir eine Differenzierung der Rentenzugangspopulation nach Staatsangehörigkeit vor, wird deutlich, dass Migranten in Deutschland eine sehr heterogene Gruppe darstellen (vgl. **Tabelle 1**).

Tabelle 1: Zusammensetzung des Zugangs in den Leistungsbezug der Deutschen Rentenversicherung nach der Nationalität (in %)

	Erwerbsminderungsrente	Altersrente	Erziehungsrente	N
Deutsche	17,8	82,0	0,2	84.838
Nichtdeutsche (nur neue Bundesländer)	27,6	71,1	1,3	76
EU-15 (außer Italien, BRD)	22,3	77,3	0,4	1.289
Italien	23,7	76,3	0,0	621
Türkei	39,0	60,9	0,1	1.323
Übriges Europa	36,6	63,1	0,3	1.503
Übriges Ausland	25,3	73,9	0,8	261
Gesamt	18,6	81,3	0,2	89.911

Quelle: FDZ-RV – SUFRZTN03XXVBB, eigene Berechnungen.

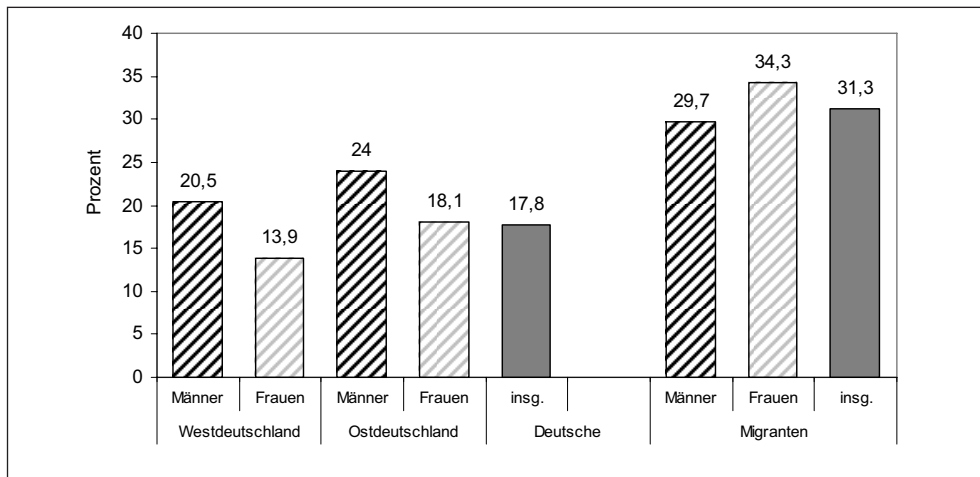
Zu den EU-Ländern gehören sowohl Versicherte aus den früheren Anwerbestaaten (z. B. Portugal und Griechenland) und damit relativ typische Vertreter der ersten Generation von Gastarbeitern in Deutschland als auch höher bis hochqualifizierte Arbeitsmigranten aus verschiedenen anderen EU-Staaten. Von den früheren Anwerbestaaten für Gastarbeiter in Deutschland werden aufgrund ihrer zahlenmäßigen Größe im Datensatz nur Italien und die Türkei separat ausgewiesen. Die unter „übriges Europa“ bzw. „übriges Ausland“ zusammengefassten Migranten bilden ebenfalls eine sehr heterogene Versichertenpopulation (vom Asylbewerber über den sogenannten Gastarbeiter aus Jugoslawien bis zum hochqualifizierten Arbeitsmigranten).

Bereits aus Tabelle 1 wird ersichtlich, dass Migranten eine höhere Erwerbsminderungsquote aufweisen als deutsche Versicherte. Unterscheidet man nach der Nationalität weisen die türkischen Versicherten den höchsten Erwerbsminderungsanteil beim Rentenzugang auf (39%): Mehr als jede dritte Rente wurde im Jahr 2003 bei Bürgern türkischer Nationalität in Deutschland demzufolge aufgrund einer Erwerbsminderung gewährt. Dieser Anteil ist damit mehr als doppelt so hoch wie bei Bürgern deutscher Nationalität (17,8%). Eine höhere Frühberentungsquote von Migranten in Deutschland, v. a. bei Türken, wurde bereits von *Kauth-Kookshorn* (1999) berichtet.

Eine nach Geschlecht und Ost-West-Differenzierung unterscheidende Beschreibung des Erwerbsminderungsgeschehens verdeutlicht über die Berücksichtigung der Staatsangehörigkeit hinaus markante Differenzierungslinien.

So wird aus **Abbildung 2** deutlich, dass Männer in Ost- und Westdeutschland höhere Frühberentungsquoten als Frauen aufweisen. Zudem spielt das Erwerbsminderungsgeschehen in Ostdeutschland unabhängig vom Geschlecht eine größere Rolle als in Westdeutschland: 21% vs. 17% Anteil an allen Rentenzugängen. Im Blick auf Migranten ergibt sich ein uneinheitliches

Abbildung 2: Erwerbsminderung nach Ost-West-Differenzierung, Geschlecht und Nationalität in %

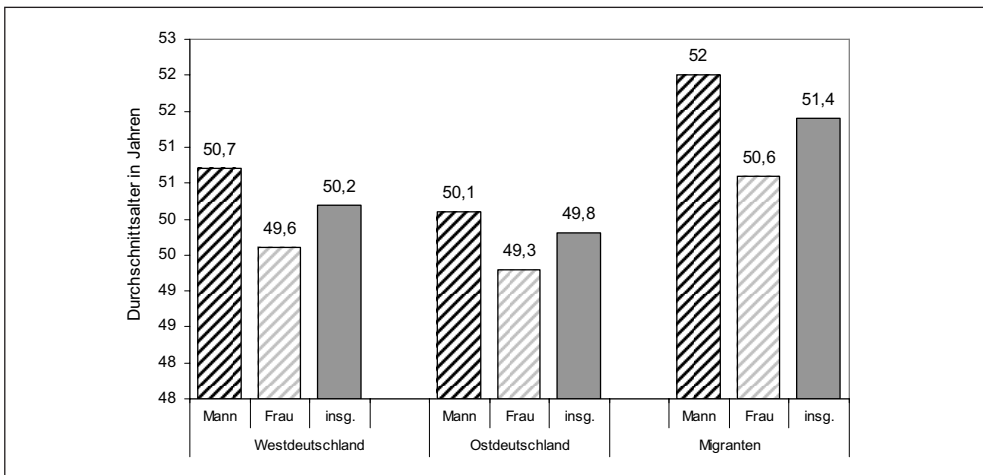


Quelle: FDZ-RV – SUFRTZN03XXVBB, eigene Berechnungen.

Bild, wengleich Abbildung 2 zunächst den Eindruck erweckt (bedingt durch die gemeinsame Darstellung des Erwerbsminderungsgeschehens für alle Migranten in Deutschland), dass Erwerbsminderung für Frauen eine größere Rolle beim Rentenzugang spielt als für Männer. Dieser Befund steht konträr zum in Ost- und Westdeutschland vorfindbaren Geschlechterverhältnis bei Erwerbsminderung, demzufolge Männer häufiger frühberentet werden als Frauen. Während bei den zu einer Kategorie zusammengefassten Migranten aus EU-Staaten (außer Italien) das Geschlechterverhältnis bei Erwerbsminderung ausgewogen ist (Männer: 22,4%; Frauen: 22%), werden in Italien und im „übrigen Ausland“ etwas mehr Männer als Frauen aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig berentet (Italien: 24,1% vs. 22,4%; übriges Ausland: 26,1% vs. 23,3%). Bei den Migranten aus dem „übrigen Europa“ ist das Bild genau anders herum: Hier liegt die Erwerbsminderungsquote bei Frauen tendenziell etwas höher als bei Männern (35,2 vs. 38,7%). Sehr große Geschlechterunterschiede lassen sich nur für die Türkei konstatieren: Während fast jede zweite Frau aus gesundheitlichen Gründen ihre Erwerbstätigkeit vorzeitig beendet und eine Erwerbsminderungsrente erhält (48,1%), ist es bei den türkischen Männern in Deutschland „nur“ rund jeder Dritte (34,1%).

Das Durchschnittsalter im Rentenzugang der Erwerbsminderungsrentner beträgt insgesamt 50,2 Jahre. Drei große Unterscheidungslinien werden beim Durchschnittsalter bei Beginn der Erwerbsminderung deutlich: Frauen weisen sowohl in Ost-West-Perspektive als auch bei den Migranten ein signifikant geringeres Durchschnittsalter auf als Männer (T-Test für den Vergleich deutsche vs. ausländische Frauen: F-Wert 27,929, $p = 0,000$). Bei den Türken hingegen (hier nicht abgebildet) liegt das durchschnittliche Frühberentungsalter der Frauen geringfügig über dem der Männer (50 J. vs. 49,6 J.). Bei den Deutschen und den Migranten insgesamt beginnt die Erwerbsminderungsrente der Frauen durchschnittlich ein Jahr früher als die der Männer. Der Geschlechterunterschied im durchschnittlichen Frühberentungsalter ist dabei vor allem auf ein anderes Diagnosespektrum, also den Berentungsgrund, bei Frauen zurückzuführen. Psychische und Verhaltensstörungen (ICD 10, Kapitel F00-F99) spielen im gesundheitsbedingten Be-

Abbildung 3: Durchschnittsalter bei Beginn der Erwerbsminderung



Quelle: FDZ-RV – SUFRTZN03XXVBB, eigene Berechnungen.

rentungsgeschehen bei Frauen eine wesentlich größere Rolle als bei Männern, wie weiter unten noch detaillierter gezeigt werden wird (vgl. auch *Rehfeld 2006; Richter 2007; Rohm und Richter 2007*).

Eine zweite Unterscheidungslinie wird zwischen Ost- und Westdeutschland sichtbar: Die Ostdeutschen beenden durchschnittlich ein halbes Jahr früher als die Westdeutschen und sogar durchschnittlich ca. 1,5 Jahre eher als Versicherte mit einer nichtdeutschen Staatsangehörigkeit ihr Erwerbsleben durch den vorzeitigen Rentenbeginn (Die Mittelwertunterschiede zwischen den Gruppen sind bei $p < 0,005$ signifikant). Eine dritte Unterscheidungslinie betrifft den Unterschied zwischen Migranten und Deutschen: Versicherte mit einer nichtdeutschen Staatsangehörigkeit beginnen durchschnittlich rund ein Jahr später eine Erwerbsminderungsrente als deutsche Versicherte (51,4 J. vs. 50,1 J.; $p < 0,005$). Es ist hierbei zu vermuten, dass Migranten häufiger als deutsche Versicherte v. a. aus Angst vor Arbeitslosigkeit und dem mit einer gesundheitsbedingten Frühberentung einhergehenden vorzeitigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben verbundenen Einkommensverlust versuchen, so lange zu arbeiten wie irgend möglich. Darüber hinaus könnte der durchschnittlich spätere Beginn der Erwerbsminderungsrente von Migranten auch auf ein anderes Diagnosespektrum zurückführbar sein, worauf ebenfalls später noch näher eingegangen wird.⁵

Rehfeld (2006) macht darauf aufmerksam, dass zunehmend jüngere und schwerere Erwerbsminderungsfälle in die vorzeitige Berentung gelangen, während die älteren, gesundheitlich eingeschränkten Versicherten tendenziell eher von der Möglichkeit Gebrauch machen, die vorgezogene Rente, insbesondere wegen Arbeitslosigkeit, zu beantragen.

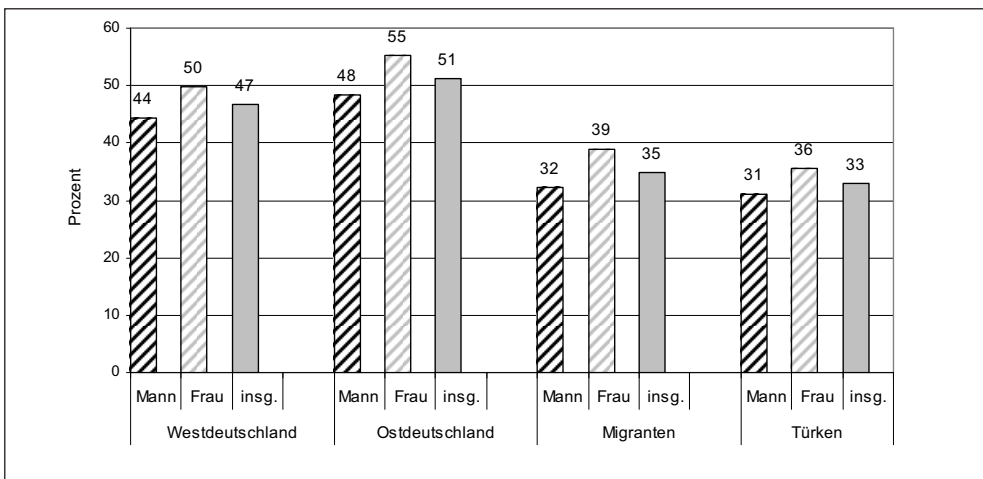
Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen

Aus der Versorgungsforschung ist bekannt, dass Migranten oftmals einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung haben als die Mehrheitsbevölkerung (*Razum, Geiger, Zeeb et al. 2004*). Während Migranten bei Vorsorgeuntersuchungen und Arztbesuchen eine geringere Inanspruchnahme aufweisen, nutzen sie Notfallambulanzen wiederum überdurchschnittlich (*Borde, Bunge, Braun et al. 2004*). Migranten nutzen ebenfalls psychosoziale und ambulante medizinische Angebote deutlich seltener als Einheimische (*Baune et al. 2004; Razum et al. 2004*). Besonders im Suchthilfesystem geht man von geringeren Teilnehmeraten von Migranten aus. Das Ausmaß an psychischer Morbidität unter Migranten kann aber bislang in Deutschland nur geschätzt werden, da keine verlässlichen epidemiologischen Zahlen vorliegen (*Machleidt 2005*). Bei Migranten wird zudem von einem erhöhten Risiko der medizinischen Fehl- und Unterversorgung ausgegangen, insbesondere bei chronischen, psychosomatischen und psychischen Krankheiten (*Schopf und Naegele 2005*). Die unterschiedliche Nutzung des Gesundheitssystems durch Migranten wird insbesondere auf Kommunikationsprobleme (v. a. unzureichende Deutschkenntnisse und Informationsdefizite über das deutsche Gesundheitssystem) sowie ein anderes Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnis, d. h. kulturgebundene Verständigungsprobleme, zurückgeführt (*Razum et al. 2004; Schopf und Naegele 2005; Schouler-Ocak 2007; Yildirim-Fahlbusch 2003*).

⁵ Die Mittelwertunterschiede im durchschnittlichen Alter bei Beginn der Erwerbsminderungsrente zwischen deutschen Männern und Männern mit einer nichtdeutschen Staatsbürgerschaft sind statistisch nicht signifikant.

Nun ist zu fragen, inwieweit sich dies auch bei der Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen im Vorfeld einer Frühberentung abbilden lässt. Wie **Abbildung 4** zeigt, bestehen erhebliche Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen v. a. zwischen Deutschen und Migranten. Während rund jeder zweite Deutsche (47,9%) in den letzten fünf Jahren vor dem Bezug der Erwerbsminderungsrente eine diagnosebezogene medizinische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen hat, tat dies nur gut jeder dritte Migrant (34,8%). Im Blick auf die in Abbildung 4 spezifisch ausgewiesene Subgruppe türkischer Migranten zeigt sich, dass der Anteil in Anspruch genommener Rehabilitationsmaßnahmen sogar noch etwas niedriger (32,9%) als bei den Migranten insgesamt liegt.

Abbildung 4: Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen innerhalb der letzten 5 Jahre vor Rentenbeginn (in %)



Quelle: FDZ-RV – SUFRZTN03XXVBB, eigene Berechnungen.

Darüber hinaus zeigen sich Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten zwischen Frauen und Männern sowie zwischen Ost- und Westdeutschen. Frauen nehmen sowohl in Ost- und Westdeutschland als auch bei den Migranten häufiger medizinische Rehabilitationsleistungen in Anspruch als Männer. In Ostdeutschland wird von den Erwerbsminderungsrentnern in den letzten fünf Jahren vor dem gesundheitsbedingten vorzeitigen Rentenbeginn häufiger von der Möglichkeit medizinischer Rehabilitationsleistungen Gebrauch gemacht. Aber worauf ist die deutlich geringere Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsleistungen von Migranten zurückzuführen? Liegt diesem Befund ein nach Nationalität unterschiedliches Antrags- bzw. Bewilligungsverhalten zugrunde? Ist die unterdurchschnittliche Nutzung des Rehabilitationssystems in Deutschland auf Unkenntnis zurückzuführen? Oder spielen gar kulturspezifische Unterschiede eine Rolle, d. h. wollen Migranten die tendenziell eher stationär erbrachten Rehabilitationsleistungen fern vom Wohnort und damit dem gewohnten familiären und sozialen Umfeld weniger in Anspruch nehmen? Die besonders hohe Arbeitslosenquote bei Türken (*Schopf und Naegele* 2005; Statistisches Bundesamt 2006) – und somit fehlende berufsspezi-

fische Belastungen im Falle von Arbeitslosigkeit – dürfte sicherlich einen Teil zur Erklärung der geringeren Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen beitragen.

Wenn eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in den letzten fünf Jahren vor dem Frühberentungsereignis absolviert wurde, verlagert sich das durchschnittliche Alter zu Beginn der Erwerbsminderungsrente zeitlich um mindestens drei Monate nach hinten, wie **Tabelle 2** zu entnehmen ist. Die zeitliche Verschiebung des durchschnittlichen Beginns der Erwerbsminderungsrente tritt bei Frauen und Männern, Migranten wie Deutschen auf, ist aber bei Männern durchgängig stärker ausgeprägt als bei Frauen. Den größten zeitlichen Verzögerungseffekt hat das Absolvieren einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme bei den deutschen Männern (durchschnittlich 1,3 Jahre).

Tabelle 2: Durchschnittsalter bei Beginn der Erwerbsminderungsrente ohne bzw. mit vorhergehender medizinischer Rehabilitation in den letzten 5 Jahren (in Jahren)

	Deutsche		Migranten		Türken	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Ohne vorhergehende medizinische Rehabilitationsmaßnahme	50,0	49,2	51,8	50,4	49,2	49,8
Mit vorhergehender medizinischer Rehabilitationsmaßnahme	51,3	49,8	52,3	50,8	49,8	50,2
<i>Differenz</i>	<i>1,3</i>	<i>0,4</i>	<i>0,5</i>	<i>0,4</i>	<i>0,6</i>	<i>0,4</i>

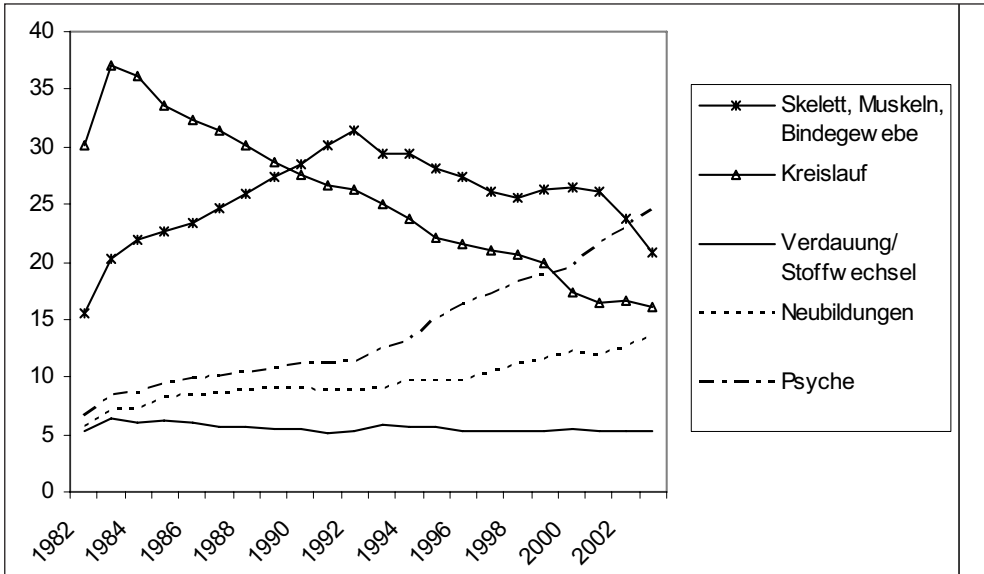
Quelle: FDZ-RV – SUFRTZN03XXVBB, eigene Berechnungen.

Das Absolvieren medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen als Teilhabeleistungen bei starken gesundheitlichen Beeinträchtigungen erfüllt demzufolge den angestrebten Zweck, den Beginn eines möglichen Erwerbsausstiegs zeitlich nach hinten zu verlagern und somit den gesundheitsbedingten Rentenbeginn zu verzögern.

Diagnosespektrum

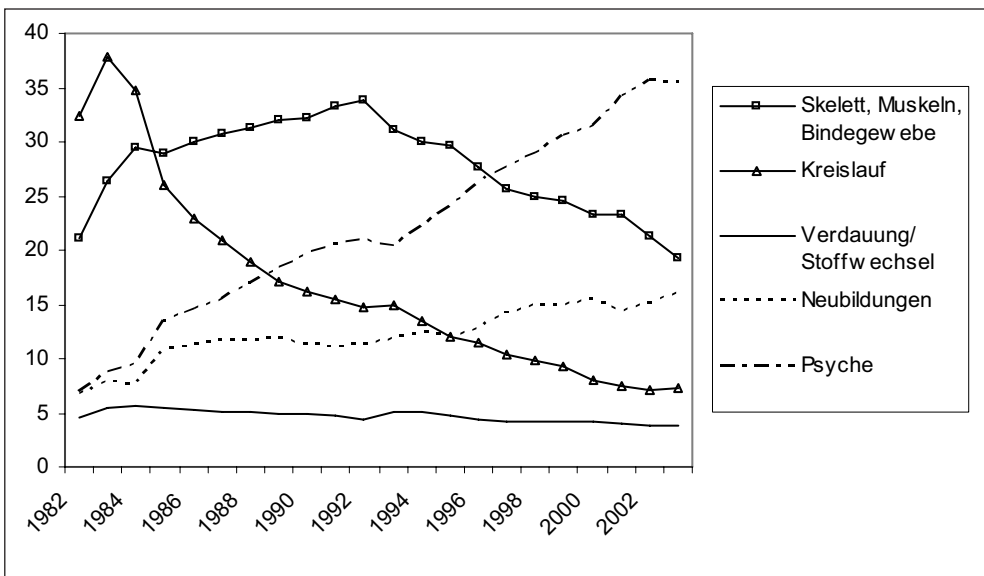
Das Diagnosespektrum von Erwerbsminderungsrentnern hat sich in den vergangenen 20 Jahren stark gewandelt. Kreislauf-Krankheiten und Muskel-Skelett-Krankheiten haben aufgrund veränderter arbeitsplatzinduzierter Belastungen (v. a. Abnahme starker physischer Belastungen) deutlich an Bedeutung verloren. Neubildungen sowie psychische und Verhaltensstörungen haben demgegenüber stark an Bedeutung gewonnen (vgl. **Abbildung 5a/5b**). Diese Trends sind bei Frauen und Männern zu beobachten. Allerdings ist bei Frauen ein viel stärkerer Anstieg der Bedeutung von psychischen und Verhaltensstörungen zu konstatieren. Bei den Männern wiederum ist der Rückgang von Kreislauf-Krankheiten in den vergangenen 20 Jahren moderater verlaufen als bei Frauen.

Abbildung 5a: Rentenzugang nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (1982-2003) - Männer



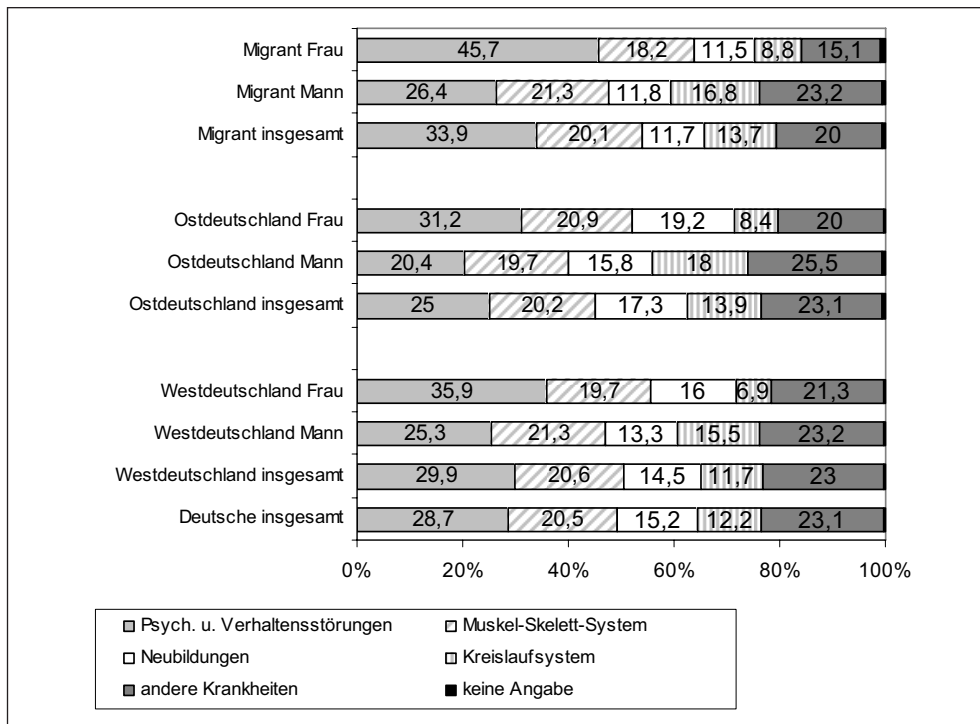
Quelle: VDR Statistik Rentenzugang, eigene Darstellung.

Abbildung 5b: Rentenzugang nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (1982-2003) - Frauen



Quelle: VDR Statistik Rentenzugang, eigene Darstellung.

Abbildung 6: Krankheitsspektrum bei Frühberentung - Diagnosehauptgruppen (in %)



Quelle: FDZ-RV – SUFRTZN03XXVBB, eigene Berechnungen.

Wie **Abbildung 6** zu entnehmen ist, stehen bei Migranten psychische und Verhaltensstörungen an erster Stelle bei den Frühberentungsdiagnosen. Bei den Frauen wird sogar fast jede zweite Erwerbsminderungsrente aufgrund dieser Diagnosehauptgruppe gewährt (45,7%).

Deutsche und Migranten unterscheiden sich signifikant voneinander, was die Bedeutsamkeit von psychischen und Verhaltensstörungen sowie Neubildungen betrifft. Während bei den psychischen und Verhaltensstörungen Migranten gegenüber Deutschen signifikant häufiger betroffen sind ($p < 0,05$), stellen Neubildungen bei den Migranten signifikant seltener die Hauptdiagnosegruppe für den Erhalt einer Erwerbsminderungsrente ($p < 0,05$).

Das zu einer gesundheitsbedingten Frühberentung führende Diagnosespektrum bei Türken ist dem der Migranten insgesamt vergleichbar (Ergebnisse hier nicht abgebildet).

Psychische und Verhaltensstörungen spielen im Frühberentungsgeschehen von Frauen generell eine größere Rolle als bei Männern (vgl. *Rohm und Richter* 2007). Neben den bekannten Geschlechterunterschieden existieren auch bemerkenswerte Unterschiede in der Rolle dieser Hauptdiagnosegruppe beim Frühberentungszugang zwischen Ost- und Westdeutschland. Psychische und Verhaltensstörungen spielen in Westdeutschland sowohl bei Männern (25%) als auch bei Frauen (36%) eine größere Rolle als in Ostdeutschland (Männer: 20%; Frauen:

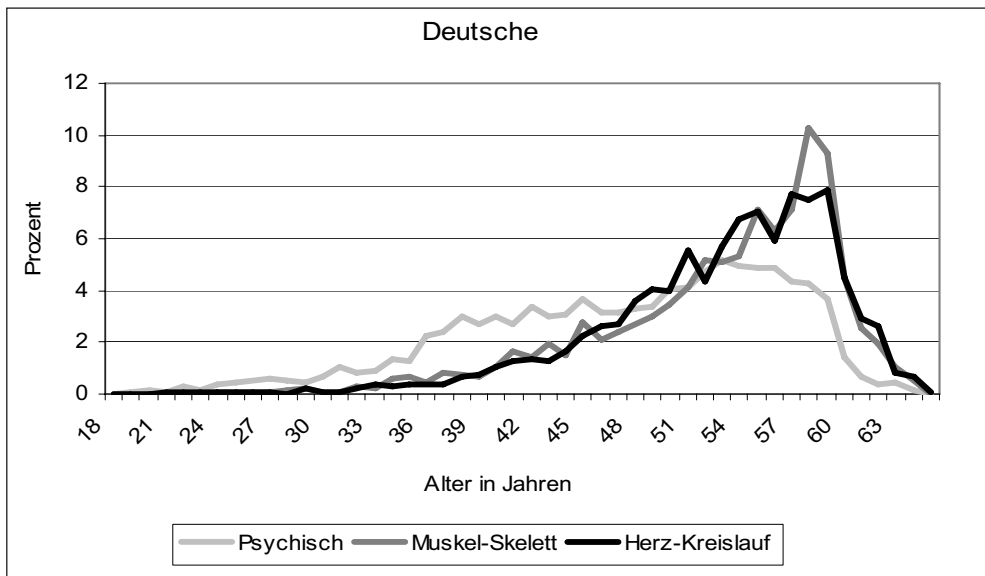
31%). Dieser Befund hängt möglicherweise mit einem nach wie vor unterschiedlichen beruflichen Belastungsspektrum zusammen, demzufolge in Ostdeutschland immer noch stärker physische Arbeitsbelastungen eine Rolle spielen bei einer Erwerbsminderung als in Westdeutschland.

Altersverteilung bei Erwerbsminderungsbeginn nach ausgewählten Diagnosen

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund psychischer Erkrankungen spielen eine große Rolle im gesundheitsbedingten vorzeitigen Rentengeschehen von Migranten. Mit steigendem Alter spielen allerdings zunehmend somatische Indikationen für die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen eine Rolle (Weilandt, Rommel und Raven 2003).

In **Abbildung 7a/7b** ist die Altersverteilung bei Beginn der Erwerbsminderungsrente für die drei bedeutsamsten Diagnosehauptgruppen bei einer gesundheitsbedingten Frühberentung für Deutsche und Migranten⁶ wiedergegeben. Das Durchschnittsalter bei Beginn der Erwerbsminderungsrente unterscheidet sich dabei bei allen drei Hauptdiagnosegruppen zwischen Deutschen und Migranten insofern, dass Migranten jeweils durchschnittlich später gesundheitsbedingt aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Somit kann das Renteneintrittsalter als diagnoseunabhängig gelten.

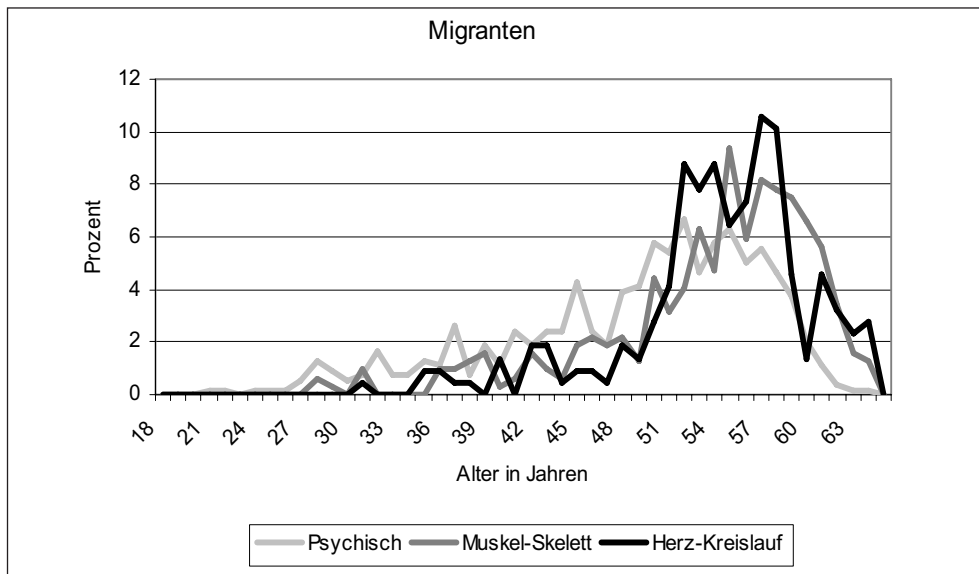
Abbildung 7a: Altersverteilung bei Beginn der Erwerbsminderungsrente für ausgewählte Diagnosehauptgruppen bei Deutschen (in %)



Quelle: FDZ-RV _ SUFRZTN03XXVBB, eigene Berechnungen.

⁶ Aus Fallzahlgründen wurde hier auf eine Darstellung der Altersverteilung für Türken verzichtet.

Abbildung 7b: Altersverteilung bei Beginn der Erwerbsminderungsrente für ausgewählte Diagnosehauptgruppen bei Migranten (in %)



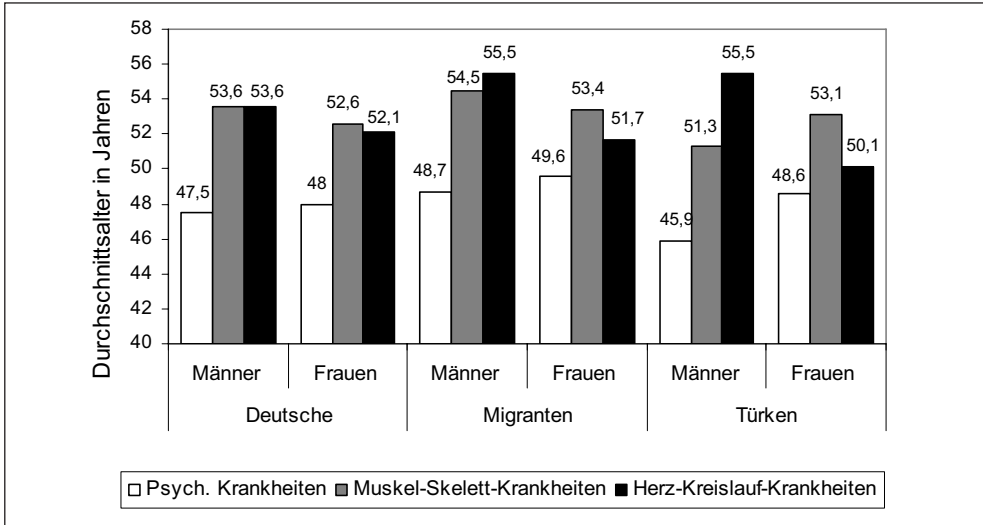
Quelle: FDZ-RV _ SUFRTZN03XXVBB, eigene Berechnungen.

Worauf ist dieser zeitlich nach hinten verschobene Erwerbsausstieg von Migranten zurückzuführen? Einen möglichen Grund stellt Angst vor Arbeitslosigkeit dar, was zu einer Verzögerung des Therapiebeginns bzw. der Inanspruchnahme von geeigneten medizinischen oder beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen bei gesundheitlichen Einschränkungen führen kann. *Erdogan* (2002) wertete Daten des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) für den Zeitraum 1995-1997 aus und konstatierte in diesem Zusammenhang, dass Türken häufiger trotz der Anzeige einer Berufskrankheit aus Angst vor Arbeitslosigkeit weiterarbeiten und türkische Arbeitnehmer mit einer anerkannten Berufskrankheit signifikant jünger sind als entsprechende deutsche Versicherte. Der Durchschnitt bei dieser Studie liegt – betrachtet man die fünf häufigsten Berufskrankheiten – bei 57,6 Jahren, der der Türken bei 52,3 Jahren.

Weiterführend weist **Abbildung 8** das Durchschnittsalter bei Beginn der Erwerbsminderungsrente für die drei bedeutsamsten Diagnosehauptgruppen in einer geschlechtersensiblen Perspektive für Deutsche und Migranten aus, wobei Türken zusätzlich ausgewiesen werden. Deutlich wird, dass die psychischen Diagnosen bei allen betrachteten Gruppen mit einem signifikant deutlich geringeren durchschnittlichen Frühberentungsalter einhergehen, das mindestens vier Jahre unter dem durchschnittlichen Frühberentungsalter bei Muskel-Skelett-Krankheiten oder Herz-Kreislauf-Krankheiten liegt. Das durchschnittliche Frühberentungsalter aufgrund psychischer Krankheiten liegt bei den türkischen Männern sogar rund 1,5 Jahre unter dem der deutschen Männer.

Gegenüber den Deutschen fällt bei männlichen Migranten und Türken das um rund zwei Jahre höhere durchschnittliche Frühberentungsalter aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf.

Abbildung 8: Durchschnittsalter bei Beginn der Erwerbsminderungsrente für ausgewählte Diagnosehauptgruppen (in %)



Quelle: FDZ-RV – SUFRZTN03XXVBB, eigene Berechnungen.

Bei Migrantinnen und Türkinnen zeigt sich ein entgegengesetzter Befund: Migrantinnen bzw. Türkinnen werden durchschnittlich ein halbes Jahr bis ein Jahr früher aufgrund von Herz-Kreislauf-Diagnosen berentet als deutsche Frauen.

Letzte berufliche Tätigkeit vor Beginn der Erwerbsminderungsrente

Im Blick auf die letzte berufliche Tätigkeit von Migranten vor Beginn der Erwerbsminderungsrente gibt **Tabelle 3** die fünf häufigsten beruflichen Tätigkeiten an. Leider enthält der Datensatz keine Informationen darüber, wie lange diese beruflichen Tätigkeiten schon ausgeübt wurden. Zudem ist zum besseren Verständnis der Aussagekraft dieses Datensatzes hinzuzufügen, dass die Übermittlung dieser Angaben durch die Arbeitgeber keine rentenrechtliche Relevanz für die Versicherten besitzt, was zur Folge hat, dass es einen hohen Anteil an fehlenden Werten bei dieser Variable gibt. Nichtsdestotrotz gibt die Tabelle einen ersten Überblick über das berufliche Belastungsspektrum der Erwerbsminderungsrentner, wenngleich leider keine Aussagen darüber getroffen werden können, ob die angegebene Tätigkeit bereits sehr lange ausgeübt wird und somit im ursächlichen Zusammenhang mit der gesundheitsbedingten Frühberentung steht oder ob sie erst relativ kurze Zeit ausgeübt wird als quasi berufliche Auffangposition nach einer gesundheitsbedingten Abwärtsspirale.

Insgesamt kann man aber für die als Arbeitsmigranten nach Deutschland immigrierten Zuwanderer (sog. Gastarbeiter) von einer eher geringen beruflichen Mobilität ausgehen, d. h. die Arbeitsmigranten zeigen eine beachtliche berufliche Kontinuität (Statistisches Bundesamt 2006). Türken arbeiten am häufigsten als Arbeiter (v. a. als un- und angelernte Arbeiter, Statistisches

Tabelle 3: Die fünf häufigsten beruflichen Tätigkeiten vor Beginn der Erwerbsminderungsrente (in %)

	Männer				Frauen			
	Deutsche		Migranten		Deutsche		Migrantinnen	
1	Baugewerbe	9,9	Baugewerbe	17,2	Büroberufe	19,2	Reinigungsberufe	29,8
2	(Schienen) Fahrzeugführer	8,0	Herstellendes und verarbeitendes Gewerbe	13,4	Verkäufer	10,5	Lebensmittelberufe	12,0
3	Maschinen-, Kranführer	6,9	Reinigungsberufe	6,9	Reinigungsberufe	10,6	Elektroinstallateure, sonst. Installateure	8,7
4	Metallberufe	5,7	Elektroinstallateure, sonst. Installateure	6,8	Pflegeberufe	9,6	Gastwirte, Kellner, hauswirtschaftl. Fachkräfte	8,2
5	Herstellendes und verarbeitendes Gewerbe	5,6	(Schienen)Fahrzeugführer Lager-, Transportarbeiter	4,9 4,9	Soziale Berufe	6,2	Büroberufe	5,6
	36 %		54 %		56 %		64 %	

Quelle: FDZ-RV – SUFRTZN03XXVBB, eigene Berechnungen.

Bundesamt 2006), was sich auch in den in Tabelle 3 ausgewiesenen beruflichen Tätigkeiten widerspiegelt.

Es zeigt sich, dass bei Migranten eine stärkere Konzentration auf spezifische Berufe zu konstatieren ist. Die fünf häufigsten Berufe werden von 54% der männlichen Migranten und sogar 64% der Migrantinnen ausgeübt (gegenüber 36% bzw. 56% bei den Deutschen). Bei den Migranten überwiegen eindeutig Berufe, die oftmals mit starken physischen Belastungen einhergehen (Reinigungsberufe und Berufe im produzierenden Gewerbe). Dies verdeutlicht auch, dass bei den türkischen Männern (in Tabelle 3 nicht ausgewiesen) an fünfter Stelle Berufe des Bergbaus, verarbeitenden Gewerbes und Hilfsarbeitertätigkeiten stehen. Die fünf häufigsten Berufe erklären dabei bei den türkischen Männern zusammen 51,3% der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeiten, bei den türkischen Frauen sogar 72%. Weiterhin stehen an erster Stelle bei den türkischen Frauen Reinigungsberufe, wobei 38% der Frauen, die eine Erwerbsminderungsrente erhalten (und bei denen der ausgeübte Beruf bekannt ist), zuvor einen Reinigungsberuf ausgeübt haben.

Abschließend werden die Einflussfaktoren auf den Erhalt einer Erwerbsminderungsrente mit vorhergehender medizinischer Rehabilitationsmaßnahme multivariat überprüft (vgl. **Tabelle 4**). Hierfür wird ein logistisches Regressionsmodell geschätzt, in dem die zuvor bivariat dargestellten Zusammenhänge zwischen dem Erhalt einer Erwerbsminderungsrente und verschiedenen Einflussfaktoren (z. B. Alter, Geschlecht, Nationalität, Krankheitsdiagnose) in einem multivariaten Modell berücksichtigt werden. Die Regressionsanalyse konzentriert sich somit auf die spe-

Tabelle 4: Determinanten einer Erwerbsminderungsrente mit vorhergehender medizinischer Rehabilitation (logistische Regression)

	Referenzkategorie	Gesamt	Männer	Frauen
Männer	Frauen	0,598 ***		
Alter				
45 - 49 Jahre	< 45 Jahre	1,184 **	1,196 *	1,142 +
50 - 54 Jahre		1,033	1,001	1,032
55 - 59 Jahre		0,767 ***	0,703 ***	0,820 *
60 - 64 Jahre		0,504 ***	0,471 ***	0,539 ***
Westdeutsche Migrantinnen	Ostdeutsche	0,858 ***	0,823 ***	0,918
		0,611 ***	0,620 ***	0,608 ***
Diagnose				
Psychische K.	Sonstige Diagnosen	1,205 ***	1,076	1,350 ***
Herz-Kreislauf-K.		1,569 ***	1,673 ***	1,295 *
Muskel-Skelett-K.		1,658 ***	1,683 ***	1,642 ***
Neubildungen		1,385 ***	1,318 ***	1,474 ***
Summe d. Entgeltpunkte		1,030 ***	1,030 ***	1,034 ***
Konstante		0,562 ***	0,368 ***	0,480 ***
Nagelkerkes R ²		0,065	0,07	0,052

Quelle: FDZ-RV – SUFRTZN03XXVBB, eigene Berechnungen; + p < 0.1; * p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001.

zifische Fragestellung, welche Determinanten die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme vor dem Beginn einer Erwerbsminderungsrente beeinflussen. Angegeben sind die relativen Wahrscheinlichkeiten (Exp.(B)) für jede in das Modell aufgenommene Variable, vor Beginn der Erwerbsminderungsrente an einer medizinischen Rehabilitationsleistung teilgenommen zu haben. Es zeigt sich, dass alle in das Modell eingeschlossenen erklärenden Variablen einen signifikanten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, vor dem Beginn der Erwerbsminderungsrente eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen zu haben, besitzen.

Männer besitzen gegenüber Frauen eine um 40% geringere Wahrscheinlichkeit vor der gesundheitsbedingten Frühberentung eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen zu haben. Sie verlassen demzufolge häufiger als Frauen das aktive Erwerbsleben ohne dass der Grundsatz „Reha vor Rente“ umgesetzt wurde.

Mit dem Alter sinkt die Wahrscheinlichkeit vor Beginn der Erwerbsminderungsrente medizinische Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen zu haben. Gegenüber jüngeren Versicherten (unter 45 Jahre) haben die 45- bis 49-Jährigen eine leicht höhere Wahrscheinlichkeit mit medizinischen Rehabilitationsleistungen frühberentet zu werden. Das häufigste Alter für die Nutzung medizinischer Rehabilitationsleistungen ist die Spanne zwischen dem 50. und 54. Lebensjahr. Danach sinkt die Teilnahmewahrscheinlichkeit an medizinischen Rehabilitationsleistungen deutlich ab. Die 55- bis 59-jährigen Versicherten, die eine Erwerbsminderungsrente erhalten, haben eine um 25% geringere diesbezügliche Wahrscheinlichkeit, wobei deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen zu konstatieren sind. Das Risiko ohne vorgeschaltete medizinische Rehabilitationsleistungen frühberentet zu werden, steigt für die über 55-jährigen

männlichen Versicherten deutlich stärker an als für die über 55-jährigen weiblichen Versicherten. Hierfür verantwortlich dürfte in großem Maße die Rolle des verschlossenen (Teilzeit-) Arbeitsmarktes sein, der für Männer eine größere Rolle spielt als für Frauen (Schubert et al. 2007). Die geringere Wahrscheinlichkeit der Migranten gegenüber den Deutschen vor der gesundheitsbedingten Frühberentung an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen zu haben, bestätigt sich auch im multivariaten Modell. Darüber hinaus zeigen sich Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland: Westdeutsche haben gegenüber den Ostdeutschen seltener medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch genommen. Dieser Befund ist allerdings nur für die Männer signifikant: Zwischen ost- und westdeutschen Frauen gibt es diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede. Die Bedeutsamkeit der am häufigsten einer Frühberentung zugrunde liegenden Diagnosehauptgruppen zeigt sich auch in der multivariaten Analyse der Rehabilitationsinanspruchnahme: Psychische und Verhaltensstörungen, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Muskel-Skelett-Krankheiten und Neubildungen weisen gegenüber den sonstigen Diagnosen eine höhere Wahrscheinlichkeit auf vor der Frühberentung Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch genommen zu haben. Lediglich bei den Männern haben psychische und Verhaltensstörungen keinen signifikanten Einfluss auf die vorangestellte Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen. Die Summe der erzielten Entgeltpunkte, die einen wichtigen Bestandteil der Rentenformel darstellen, hat einen schwach positiven Einfluss auf die Nutzung von Rehabilitationsmaßnahmen, d. h. je höher die Summe der Entgeltpunkte ausfällt, desto höher ist auch die Wahrscheinlichkeit Rehabilitationsmaßnahmen vor der Frühberentung genutzt zu haben.

Diskussion

Bedeutsame Unterschiede zwischen der Gruppe der Erwerbsminderungsrentner mit Migrationshintergrund gegenüber den deutschen Erwerbsminderungsrentnern zeigen sich im Krankheitsspektrum, im durchschnittlichen Frühberentungsalter, in der Rentenhöhe, in der Inanspruchnahme medizinischer Reha-Maßnahmen vor dem Rentenbeginn und im physischen Belastungsspektrum der zuletzt ausgeübten Berufstätigkeit. Insbesondere bei der Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen, die eine dauerhafte Erwerbsminderung vermeiden oder zumindest zeitlich verzögern sollen, zeigt sich eine deutlich geringere Inanspruchnahme gegenüber deutschen Erwerbsminderungsrentnern (vgl. Korporal und Dangel 2004). Sprachliche Verständigungsprobleme, d. h. die unzureichende Kenntnis der deutschen Sprache, stellen einen der wichtigsten Gründe dafür dar, dass das Leistungsspektrum der rehabilitativen Versorgung von türkischen Versicherten so wenig genutzt wird: Nur ein Fünftel der türkischen Zuwanderer spricht Deutsch als Umgangssprache (Statistisches Bundesamt 2006: 571). Darüber hinaus dürfte Unkenntnis der Möglichkeiten, die das deutsche Gesundheitssystem an medizinischen Versorgungsleistungen im Krankheitsfall bietet eine Rolle für die geringere Nutzung medizinischer Rehabilitationsleistungen durch Migranten spielen. Kulturspezifische Unterschiede im präventiven und kurativen Selbstverständnis üben ebenfalls sehr wahrscheinlich einen Einfluss darauf aus, in welchem Umfang die derzeit überwiegend stationär erbrachten Rehabilitationsleistungen fern des Wohnortes und des gewohnten sozialen Umfeldes in Anspruch genommen werden. Letzten Endes können aber diese Vermutungen nur mithilfe von Individualdaten einer empirischen Überprüfung unterzogen werden, die Informationen über die individuelle Motivation zur Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen enthalten.

Die – aufgrund der jahrzehntelang ausgeübten körperlich anstrengenden und oft unter schlechten Arbeitsbedingungen ausgeübten Tätigkeiten – gesundheitlich besonders vulnerable Gruppe der in den 1960er- bis 1980er-Jahren eingewanderten Arbeitsmigranten aus den sogenannten Anwerbestaaten kommt in den nächsten Jahren verstärkt ins Rentenalter. Zudem wird der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland weiter zunehmen. In den kommenden Jahren wird einer migrantensensiblen Betrachtungsweise beim Thema des gesundheitsbedingten vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben daher noch größere Beachtung geschenkt werden müssen.

Die vorliegenden Befunde zeigen, dass die soziale Integration der Zuwanderer in die deutsche Gesellschaft weiter verbessert werden muss. Auf das Gesundheitssystem bezogen heißt das, dass Berührungsgängste durch den Ausbau einer migrantensensiblen Versorgung abgebaut werden müssen.

Um das Frühberentungsgeschehen von Migranten in Deutschland noch detaillierter untersuchen zu können, sind, so unsere Schlussfolgerung, detailliertere Individualdaten notwendig. Wie die Studie von *Karpansolo et al.* (2004) zeigen konnte, spielt die subjektive Gesundheit für das Frühberentungsrisiko eine sehr wichtige Rolle. Subjektive Gesundheitseinschätzungen, ebenso wie die bestehenden Komorbiditäten, individuelle Risikofaktoren und die konkrete Arbeitsbelastung werden aber verständlicherweise in den Routinedaten der Leistungsträger nicht erfasst. Ebenso wenig werden Art und Umfang der gesundheitlichen Beschwerden, die nicht rentenrelevant sind (z. B. wiederholte Erschöpfungszustände, Burn-out-Problematik) erfasst. Das familiäre Umfeld (z. B. Erwerbsstatus und Einkommen des Partners) spielt ebenfalls eine Rolle für die individuelle Entscheidung für einen möglicherweise vorzeitigen Erwerbsaustritt. Es lässt sich zusammenfassen, dass Längsschnittdaten erforderlich sind, um insbesondere die Rolle des Berufs in einer Lebensverlaufperspektive für das individuelle Erwerbsminderungsrisiko zu untersuchen. Wie von den Autoren bereits vorgeschlagen (vgl. *Schubert et al.* 2007), sollte ein frühzeitiges Risikoscreening – insbesondere bei chronifizierenden Erkrankungen - gesundheitliche Problemlagen möglichst rechtzeitig erkennen helfen, um die entsprechenden Rehabilitationsbedarfe ableiten und initiieren zu können. Ein vorzeitiger gesundheitsbedingter Erwerbsaustritt kann auf diese Weise möglicherweise verhindert oder zumindest stark verzögert werden.

Literatur

Babitsch, B., Lampert, T., Müters, S. & Morfeld, M. (2006): Ungleiche Gesundheitschancen bei Erwachsenen: Zusammenhänge und mögliche Erklärungsansätze. In: Richter, M. & Hurrelmann, K.: *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven.* 221-240, Wiesbaden: CS Verlag für Sozialwissenschaften.

Baune, T., Zeeb, H., Kucuk, N. & Krämer, A. (2004). Gesundheitszustand und gesundheitliche Versorgung von Migranten und Deutschen im Vergleich. In: Krämer, A. & Prüfer-Krämer, L.: *Gesundheit von Migranten. Internationale Bestandsaufnahme und Perspektiven,* 87-100, Weinheim: Juventa.

- Baykara-Krumme, H. & Hoff, A.* (2006): Die Lebenssituation älterer Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. In: Tesch-Römer, C., Engstler, H. & Wurm, S.: *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*, 447-517, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Borde, T., Bunge, C., Braun, T. & David, M.* (2004): Soziale Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Notfallambulanz. *Gesundheitswesen*, 66, 8-9.
- Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2005): *Das deutsch-türkische Sozialversicherungsabkommen*. Bayreuth.
- Dietzel-Papakyriakou, M.* (2005): Potentiale älterer Migranten und Migrantinnen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38 (6): 396-406.
- Erdogan, M. S.* (2002): *Berufskrankheiten türkischer Arbeitnehmer in Deutschland*. Justus-Liebig-Universität Gießen: Fachbereich Humanmedizin. Dissertation.
- Karpansalo, M., Manninen, P., Kauhanen, J. et al.* (2004). Perceived health as a predictor of early retirement. *Scandinavian journal of work, environment and health* 30 (4): 287-292.
- Kauth-Kookshorn, E.* (1999): Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger. *Gesundheitswesen* 61: 522-527.
- Keller, A. & Baune, B.* (2005): Impact of social factors on health status and help seeking behaviour among migrants and Germans. *Journal of Public Health* 13: 22-29.
- Kirkcaldy, B., Wittig, U., Furnham, A., Merbach, M. & Siefen, R.G.* (2006): Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 49 (9): 873-883.
- Korporal, J. & Dangel, B.* (2004): Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten als Voraussetzung für Beschäftigungsfähigkeit im Alter. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „5. Altenbericht der Bundesregierung“ Berlin.
- Lechner, I. & Mielck, A.* (1998): Decrease in the health migrant effect: trends in the morbidity of foreign and German participants in the 1984-1992 socioeconomic panel. *Gesundheitswesen* 60 (12): 715-720.
- Lüneburg, A.* (2006): *Gesundheitliche Situation und Versorgungsbedarf von älteren türkischen Arbeitsmigranten – Darstellung anhand einer Expertenbefragung in Hamburg*. Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg: Diplomarbeit.
- Machleidt, W.* (2005): *Migration, Integration und psychische Gesundheit*. *Psychiatrische Praxis* 32: 55-57.
- Mielck, A.* (2005): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Huber.
- Mika, T.* (2007): *Potenziale der Migrationsforschung mit dem Rentenbestand und dem Rentenzugang*. In: *Erfahrungen und Perspektiven. Bericht vom dritten Workshop des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV) vom 26.-28. Juni 2006 in Bensheim*, hrsg. von der Deutschen Rentenversicherung Bund. Bad Homburg: DRV-Schriften, Band 55/2006, 52-81.

- Özcan, V. & Seifert, W. (2004): Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „5. Altenbericht der Bundesregierung“ Berlin.
- Razum, O. (2006): Migration, Mortalität und der Healthy-migrant Effekt. In: Richter, M. & Hurrelmann, K.: Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 255-270, Wiesbaden: CS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Razum, O. (2007): Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit. *International Journal of Public Health* 52 (2): 75-77.
- Razum, O., Geiger, I., Zeeb, H. & Ronellenfitsch, U. (2004): Gesundheitsversorgung von Migranten. *Deutsches Ärzteblatt* 101 (43): A2882-A2887.
- Rehfeld, U. G. (2006): Gesundheitsbedingte Frühberentung. Robert Koch-Institut. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Heft 30.
- Richter, D. (2007): Psychische Störungen und Erwerbsminderungsrenten. In: Erfahrungen und Perspektiven. Bericht vom dritten Workshop des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV) vom 26.-28.Juni 2006 in Bensheim, hrsg. von der Deutschen Rentenversicherung Bund. Bad Homburg: DRV-Schriften, Band 55/2006, 212-223.
- Rohm, S. & Richter, D. (2007): Erwerbsminderungsrente aufgrund einer psychischen Störung: Welche Rolle spielt das Geschlecht? In: Erfahrungen und Perspektiven. Bericht vom dritten Workshop des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV) vom 26.-28. Juni 2006 in Bensheim, hrsg. von der Deutschen Rentenversicherung Bund. Bad Homburg: DRV-Schriften, Band 55/2006, 257-269.
- Schopf, C. & Naegele, D. (2005): Alter und Migration - ein Überblick. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38 (6): 384-395.
- Schouler-Ocak, M. (2007): Sind Migrantinnen und Migranten anders depressiv? In: Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale, hrsg. von Borde, T. & David, M. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag, 83-94.
- Schubert, M., Behrens, J., Höhne, A., Schaepe, C. & Zimmermann, M. (2007). Erwerbsminderungsrenten wegen verschlossenem Arbeitsmarkt - der Arbeitsmarkt als Frühberentungsgrund. In: Erfahrungen und Perspektiven. Bericht vom dritten Workshop des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV) vom 26.-28.Juni 2006 in Bensheim, hrsg. von der Deutschen Rentenversicherung Bund. Bad Homburg: DRV-Schriften, Band 55/2006, 237-256.
- Spallek, J. & Razum, O. (2007): Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention. *Medizinische Klinik* 102 (6): 451-456.
- Statistisches Bundesamt (2006): Datenreport 2006. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Tivig, T. & Hetze, P. (Hrsg.) (2007): Deutschland im Demografischen Wandel. Rostock: Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels.
- Weilandt, C., Rommel, A. & Raven, U. (2003): Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW. Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“. Bonn.

Yildirim-Fahlbusch, Y. (2003): Türkische Migranten. Kulturelle Missverständnisse. Deutsches Ärzteblatt 100 (5): 213-215.

Zeeb, H. & Razum, O. (2006): Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung. Ein einleitender Überblick. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 49 (9): 845-852.

Anke Höhne, Dr. phil., studierte nach einer Ausbildung zur Krankenschwester Sozialwissenschaften, Psychologie und Geschichte an der Universität Leipzig und der Humboldt-Universität zu Berlin. Sie promovierte am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin im Fachbereich „Bildung, Arbeit und gesellschaftliche Entwicklung“ (Leitung: *Prof. Dr. Karl-Ulrich Mayer*) zu sozialer Unterstützung in Partnerschaften im ostdeutschen Transformationsprozess. Seit 2004 arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Sonderforschungsbereich 580 „Gesellschaftliche Entwicklungen nach dem Systemumbruch“ im Projekt C5 „Rehabilitation zwischen Transformation und Weiterentwicklung – Individualisierung und Differenzierung von Rehabilitation im Falle gesundheitsbedingter Exklusionsrisiken in Ost- und Westdeutschland, Schweden, Schweiz, Italien und Tschechien“ (Leitung: *Prof. Dr. Johann Behrens*), welches am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg angesiedelt ist. Forschungsinteressen: Rehabilitation und Teilhabe gesundheitlich eingeschränkter Menschen, soziale Ungleichheit und Gesundheit, Sozial- und Gesundheitspolitik, Lebensverlaufsforchung.

Michael Schubert studierte Erziehungswissenschaften, Soziologie und Psychologie an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Seit 2004 arbeitet er ebenfalls als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Sonderforschungsbereich 580 „Gesellschaftliche Entwicklungen nach dem Systemumbruch“, Projekt C5 „Rehabilitation zwischen Transformation und Weiterentwicklung – Individualisierung und Differenzierung von Rehabilitation im Falle gesundheitsbedingter Exklusionsrisiken in Ost- und Westdeutschland, Schweden, Schweiz, Italien und Tschechien“ (Leitung: *Prof. Dr. Johann Behrens*) des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Forschungsinteressen: Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung, Mechanismen des Wohlfahrtsstaates.

Das **Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft** an der **Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg** wurde 1999 als erstes pflegewissenschaftliches Institut an einer Medizinischen Fakultät gegründet. Das Institut ist deutsches Zentrum für evidencebasierte Pflege und trägt neben umfangreicher Forschung zu pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen, zu denen insbesondere Prävention und Rehabilitation zu zählen sind, die akademische Ausbildung der (nichtärztlichen) Gesundheitsberufe des therapeutischen Teams.