

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten René Springer, Jörg Schneider, Martin Sichert, Jürgen Pohl und der Fraktion der AFD
– Drucksache 19/12218 –**

Ursachen für den Zugang in Erwerbsminderungsrente

Vorbemerkung der Fragesteller

Infolge eines gesundheitsbedingten Ausscheidens aus dem Erwerbsleben wird durch die Deutsche Rentenversicherung eine Rente wegen Erwerbsminderung gezahlt. Der Zugang zur Erwerbsminderungsrente gemäß § 43 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch – SGB VI – ist nur unter engen versicherungsrechtlichen und gesundheitlichen Voraussetzungen möglich, wobei die gesundheitlichen Voraussetzungen im Rahmen einer umfassenden medizinischen Begutachtung durch den Rentenversicherungsträger evaluiert werden (vgl. <https://bit.ly/2Gal0ee>). Entscheidende Kriterien bei der Prüfung des Anspruches auf Erwerbsminderungsrente sind der individuelle Gesundheitszustand des Versicherten sowie dessen Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit. Zeitreihen der Deutschen Rentenversicherung belegen, dass der Anteil psychischer Erkrankungen (psychiatrischer Diagnosen) als Ursache für den Neuzugang in Erwerbsminderungsrente zunehmend an Bedeutung gewinnt (Vgl. <http://doku.iab.de/forschungsbericht/2013/fb1213.pdf>, S. 36 ff.).

1. Wie hat sich die Zahl der Erwerbsminderungsrentner von 2010 bis heute entwickelt (bitte differenziert nach Bund, nach neuen und alten Bundesländern, nach Ländern sowie nach soziodemographischen Merkmalen – Geschlecht, Staatsangehörigkeit deutsch, Ausländer, EU-Ausländer, Staatsangehörigkeit aus einem Top-8-Asylherkunftsland – für die Jahre von 2010 bis 2018 ausweisen)?

Die gewünschten Angaben können der nachstehenden Tabelle entnommen werden.

Soweit die Fragesteller Angaben für Staatsangehörige der sog. Top-8-Asylherkunftsländer erbitten, zählen hierzu entsprechend der Vorgabe bei der Beantwortung der Kleinen Anfrage „Altersabsicherung von Schutzsuchenden“ auf Bundestagsdrucksache 19/9085 bzw. 19/9712 die Länder Afghanistan, Eritrea, Irak, Iran, Nigeria, Pakistan, Somalia und Syrien. Die nachstehenden Daten der Deutschen Rentenversicherung sind ausschließlich nach dem Kriterium der

Staatsbürgerschaft differenziert und liefern weder Auskunft über den Aufenthaltsstatus, die Dauer oder die Gründe des Aufenthalts.

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Zahlungen ins Inland, Rentenbestand am 31. Dezember

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Bundesgebiet	1.549.143	1.595.414	1.640.789	1.684.521	1.721.656	1.755.600	1.782.927	1.795.784	1.796.745
Schleswig-Holstein	53.002	55.069	57.410	59.763	61.604	63.194	65.134	66.441	67.465
Hamburg	26.341	27.299	28.235	29.461	30.775	31.263	31.468	31.932	32.193
Niedersachsen	155.156	160.088	164.764	169.165	173.160	177.380	180.989	183.419	185.648
Bremen	13.216	13.566	13.782	14.099	14.405	14.659	14.774	14.853	14.703
Nordrhein-Westfalen	315.930	330.535	344.860	355.967	365.905	375.753	382.812	385.516	384.020
Hessen	109.714	114.043	118.526	122.615	126.234	130.269	134.111	136.912	138.976
Rheinland-Pfalz	73.149	75.120	77.482	79.907	82.052	83.926	85.966	87.675	88.583
Baden-Württemberg	154.943	157.651	160.871	164.151	167.127	170.451	173.684	175.336	175.363
Bayern	200.277	203.485	207.233	211.965	216.552	220.555	224.408	226.420	227.150
Saarland	23.246	24.177	24.952	25.393	25.603	26.038	26.240	26.127	25.703
Berlin	70.593	72.663	74.497	76.706	78.585	79.802	80.782	81.600	82.280
Brandenburg	68.343	70.541	72.271	74.101	75.616	76.823	77.494	77.721	77.644
Mecklenburg-Vorp.	60.269	62.530	63.956	65.590	66.917	68.161	68.840	68.915	68.758
Sachsen	98.576	100.087	101.579	103.145	103.469	103.481	102.892	101.588	99.546
Sachsen-Anhalt	63.037	64.260	65.254	66.276	66.973	66.933	66.664	65.370	63.926
Thüringen	63.351	64.300	65.117	66.217	66.679	66.912	66.689	65.979	64.787
Männer	800.909	819.183	834.523	846.121	854.064	859.890	862.830	861.556	853.407
Frauen	748.234	776.231	806.266	838.400	867.592	895.710	920.097	934.228	943.338
Deutsche	1.416.136	1.458.730	1.501.124	1.541.192	1.572.760	1.601.963	1.623.703	1.632.073	1.630.104
Ausländer	127.152	130.920	133.966	137.636	143.231	147.987	153.724	158.434	161.608
EU-Ausländer	34.390	34.752	35.358	41.028	42.070	43.129	44.242	45.131	45.656
Angehörige "Top-8-Asylherkunftsländer"	2.105	2.634	3.215	3.808	4.365	4.826	5.232	5.595	5.921

Quelle: Deutsche Rentenversicherung

- Wie viele Bezieher von Erwerbsminderungsrenten wiesen nach Kenntnis der Bundesregierung zum Zeitpunkt der Antragstellung eine psychische Erkrankung (psychiatrische Diagnose) auf (bitte die absoluten und relativen Zahlen differenziert nach Bund, nach neuen und alten Bundesländern, nach Ländern sowie nach soziodemographischen Merkmalen – Geschlecht, Staatsangehörigkeit deutsch, Ausländer, EU-Ausländer, Staatsangehörigkeit aus einem Top-8-Asylherkunftsland – für die Jahre von 2010 bis 2018 ausweisen)?

Mit der Antrags- und Erledigungsstatistik der Deutschen Rentenversicherung werden Arbeitsergebnisse eines Kalenderjahres dargestellt. Es werden weder Gründe für die Antragsstellung noch Diagnosen zum Zeitpunkt der Antragstellung erfasst.

- Wie viele der neu bewilligten Erwerbsminderungsrenten gingen im Jahr 2018 auf eine psychische Erkrankung (psychiatrische Diagnose) zurück (bitte die absoluten und relativen Zahlen differenziert nach Bund, nach neuen und alten Bundesländern, nach Ländern sowie nach soziodemographischen Merkmalen – Erwerbstatus bei Antragstellung, Geschlecht, Staatsangehörigkeit deutsch, Ausländer, EU-Ausländer, Staatsangehörigkeit aus einem Top-8-Asylherkunftsland – ausweisen)?

Die gewünschten Angaben können der nachstehenden Tabelle entnommen werden. Bezüglich der Staatsangehörigkeit aus einem Top-8-Asylherkunftsland wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen.

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit der Diagnosegrundgruppe „Psychische Störungen“, Zahlungen ins Inland, Rentenzugang 2018

	Anzahl	Anteil an allen EM-Renten
Bundesgebiet	71.319	42,9%
Schleswig-Holstein	2.764	45,6%
Hamburg	1.510	48,4%
Niedersachsen	8.022	44,2%
Bremen	583	45,9%
Nordrhein-Westfalen	15.347	44,1%
Hessen	7.061	50,7%
Rheinland-Pfalz	3.873	43,0%
Baden-Württemberg	6.354	38,7%
Bayern	8.732	39,6%
Saarland	914	40,3%
Berlin	4.109	51,1%
Brandenburg	2.660	39,0%
Mecklenburg-Vorpommern	2.588	44,9%
Sachsen	2.933	37,6%
Sachsen-Anhalt	1.859	34,9%
Thüringen	2.010	38,0%
Männer	29.380	36,6%
Frauen	41.939	48,9%
Deutsche	62.048	42,5%
Ausländer	9.126	45,9%
EU-Ausländer	2.513	38,0%
Angehörige "Top-8-Asylherkunftsländer"	397	50,3%

Quelle: Deutsche Rentenversicherung

4. Wie viele der im Jahr 2018 aufgrund einer psychischen Erkrankung (psychiatrischen Diagnose) berenteten Personen waren vor Eintritt in die Erwerbsminderungsrente
- a) erwerbstätig,
 - b) arbeitssuchend oder
 - c) arbeitslos

(bitte die absoluten und relativen Zahlen differenziert nach Bund, nach neuen und alten Bundesländern, nach Ländern sowie nach soziodemographischen Merkmalen – Erwerbsstatus, Geschlecht, Staatsangehörigkeit deutsch, Ausländer, EU-Ausländer, Staatsangehörigkeit aus einem Top-8-Asylherkunftsland – ausweisen)?

In der Statistik der Deutschen Rentenversicherung werden die Kriterien „erwerbstätig“, „arbeitssuchend“ bzw. „arbeitslos“ nicht erfasst. Hilfsweise werden in der nachstehenden Tabelle Angaben zum Status versicherungspflichtig Beschäftigter und Leistungsempfänger nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) am 31. Dezember 2017 ausgewiesen. Angaben zu Leistungsempfängern nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) sind nicht eindeutig quantifizierbar, da sie in der Rentenstatistik unter dem Merkmal Anrechnungs-

zeitversicherte erfasst werden, welches außer Beziehern von SGB II- Leistungen noch weitere Anrechnungszeitversicherte umfasst.

Ferner ist zu beachten, dass die Statistik der Deutschen Rentenversicherung nicht den Versicherungsstatus unmittelbar vor Rentenbeginn ausweist. Es werden nur Angaben zum (Haupt-) Versicherungsstatus am 31. Dezember des Jahres vor Rentenbeginn erfasst oder – sofern nicht vorhanden – auf den letzten gespeicherten Status abgestellt. Der Versicherungsstatus unmittelbar vor Rentenbeginn kann daher abweichen. Bezüglich der Staatsangehörigkeit aus einem Top-8-Asylherkunftsland wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen.

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, mit Status am 31. Dezember 2017 versicherungspflichtig beschäftigt bzw. Leistungsbezug nach dem SGB III, Zahlungen ins Inland, absolut und relativ, Rentenzugang 2018

	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit Versicherungsstatus (am 31.12.2017):			
	versicherungspflichtig Beschäftigte		Leistungsempfänger nach SGB III	
	Anzahl	Anteil an allen EM-Renten	Anzahl	Anteil an allen EM-Renten
Bundesgebiet	84.739	51,0%	13.237	8,0%
Schleswig-Holstein	3.199	52,7%	439	7,2%
Hamburg	1.377	44,1%	185	5,9%
Niedersachsen	9.335	51,5%	1.560	8,6%
Bremen	619	48,7%	88	6,9%
Nordrhein-Westfalen	17.304	49,8%	2.845	8,2%
Hessen	7.008	50,4%	1.102	7,9%
Rheinland-Pfalz	4.671	51,9%	815	9,1%
Baden-Württemberg	9.030	55,0%	1.383	8,4%
Bayern	13.103	59,4%	1.938	8,8%
Saarland	1.081	47,7%	223	9,8%
Berlin	2.793	34,7%	398	4,9%
Brandenburg	3.308	48,4%	476	7,0%
Mecklenburg-Vorpommern	2.795	48,5%	462	8,0%
Sachsen	3.836	49,2%	491	6,3%
Sachsen-Anhalt	2.543	47,8%	408	7,7%
Thüringen	2.737	51,8%	424	8,0%
Männer	37.527	46,7%	7.231	9,0%
Frauen	47.212	55,0%	6.006	7,0%
Deutsche	77.336	53,0%	11.608	8,0%
Ausländer	7.251	36,4%	1.607	8,1%
EU-Ausländer	2.814	42,6%	591	8,9%
Angehörige "Top-8-Asylherkunftslander"	170	21,5%	37	4,7%

Quelle: Deutsche Rentenversicherung

5. Welche Erkrankungen bzw. medizinischen Diagnosen bildeten in den letzten zehn Jahren am häufigsten die Grundlage einer positiven Bewilligung von Erwerbsminderungsrente (bitte in absoluten und relativen Zahlen die zehn am häufigsten beschiedenen Einzeldiagnosen auflisten)?

Die gewünschten Angaben können den nachstehenden Tabellen entnommen werden.

Häufigste Einzeldiagnosen bei Erwerbsminderungsrenten, Zahlungen ins Inland, Rentenzugang

Jahr	ICD10 3-Steller	Anzahl	Anteil an allen EM-Renten
2010	(F33) Rezidivierende depressive Störung	13.023	7,3%
	(F32) Depressive Episode	11.081	6,2%
	(F10) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	7.307	4,1%
	(F20) Schizophrenie	5.939	3,3%
	(M54) Rückenschmerzen	5.225	2,9%
	(F43) Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	4.500	2,5%
	(F45) Somatoforme Störungen	4.367	2,4%
	(I63) Hirninfarkt	4.136	2,3%
	(F41) Andere Angststörungen	3.769	2,1%
	(C50) Bösartige Neubildung der Brustdrüse	3.534	2,0%
2011	(F33) Rezidivierende depressive Störung	14.719	8,3%
	(F32) Depressive Episode	12.027	6,8%
	(F10) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	7.078	4,0%
	(F20) Schizophrenie	5.737	3,2%
	(M54) Rückenschmerzen	4.965	2,8%
	(F43) Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	4.525	2,6%
	(F45) Somatoforme Störungen	4.464	2,5%
	(I63) Hirninfarkt	3.862	2,2%
	(F41) Andere Angststörungen	3.902	2,2%
	(C50) Bösartige Neubildung der Brustdrüse	3.363	1,9%
2012	(F33) Rezidivierende depressive Störung	15.986	9,1%
	(F32) Depressive Episode	12.336	7,0%
	(F10) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	7.179	4,1%
	(F20) Schizophrenie	5.439	3,1%
	(M54) Rückenschmerzen	4.872	2,8%
	(F45) Somatoforme Störungen	4.647	2,6%
	(F43) Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	4.621	2,6%
	(I63) Hirninfarkt	4.080	2,3%
	(F41) Andere Angststörungen	3.905	2,2%
	(J44) Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	3.624	2,1%
2013	(F33) Rezidivierende depressive Störung	16.905	9,7%
	(F32) Depressive Episode	12.497	7,2%
	(F10) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	6.801	3,9%
	(F20) Schizophrenie	5.094	2,9%
	(M54) Rückenschmerzen	4.952	2,8%
	(F45) Somatoforme Störungen	4.720	2,7%
	(F43) Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	4.620	2,7%
	(I63) Hirninfarkt	3.968	2,3%
	(F41) Andere Angststörungen	3.942	2,3%
	(J44) Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	3.667	2,1%
2014	(F33) Rezidivierende depressive Störung	17.298	10,3%
	(F32) Depressive Episode	11.855	7,1%
	(F10) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	6.328	3,8%
	(F45) Somatoforme Störungen	5.076	3,0%
	(F20) Schizophrenie	4.700	2,8%
	(F43) Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	4.529	2,7%
	(M54) Rückenschmerzen	4.498	2,7%
	(I63) Hirninfarkt	3.940	2,3%
	(F41) Andere Angststörungen	3.877	2,3%
	(J44) Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	3.492	2,1%

Jahr	ICD10 3-Steller	Anzahl	Anteil an allen EM-Renten
2015	(F33) Rezidivierende depressive Störung	19.303	11,2%
	(F32) Depressive Episode	11.457	6,7%
	(F10) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	6.338	3,7%
	(F45) Somatoforme Störungen	5.426	3,2%
	(F43) Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	4.535	2,6%
	(F20) Schizophrenie	4.516	2,6%
	(M54) Rückenschmerzen	4.225	2,5%
	(I63) Hirninfarkt	4.061	2,4%
	(J44) Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankheit	3.850	2,2%
	(F41) Andere Angststörungen	3.727	2,2%
2016	(F33) Rezidivierende depressive Störung	20.084	11,7%
	(F32) Depressive Episode	10.816	6,3%
	(F10) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	6.187	3,6%
	(F45) Somatoforme Störungen	5.904	3,4%
	(F43) Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	4.494	2,6%
	(F20) Schizophrenie	4.430	2,6%
	(M54) Rückenschmerzen	4.097	2,4%
	(J44) Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankheit	4.076	2,4%
	(I63) Hirninfarkt	3.992	2,3%
	(F41) Andere Angststörungen	3.694	2,2%
2017	(F33) Rezidivierende depressive Störung	20.230	12,4%
	(F32) Depressive Episode	9.790	6,0%
	(F45) Somatoforme Störungen	5.982	3,7%
	(F10) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	5.580	3,4%
	(F43) Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	4.187	2,6%
	(F20) Schizophrenie	3.946	2,4%
	(J44) Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankheit	3.946	2,4%
	(I63) Hirninfarkt	3.907	2,4%
	(M54) Rückenschmerzen	3.896	2,4%
	(F41) Andere Angststörungen	3.573	2,2%
2017	(F33) Rezidivierende depressive Störung	21.455	12,9%
	(F32) Depressive Episode	9.623	5,8%
	(F45) Somatoforme Störungen	6.206	3,7%
	(F10) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	5.361	3,2%
	(F43) Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	4.284	2,6%
	(J44) Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankheit	4.160	2,5%
	(I63) Hirninfarkt	4.033	2,4%
	(M54) Rückenschmerzen	3.922	2,4%
	(F20) Schizophrenie	3.765	2,3%
	(C34) Bosartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	3.395	2,0%

Quelle: Deutsche Rentenversicherung

6. Wie bewertet die Bundesregierung die im Rahmen von Frage 1 bis Frage 5 ermittelten Daten, und welche konkreten politischen Schlussfolgerungen zieht sie hieraus?

Renten wegen Erwerbsminderung werden aus sozial-medizinischer Sicht gewährt, wenn eine volle oder teilweise Erwerbsminderung vorliegt. Eine teilweise Erwerbsminderung liegt vor, wenn Versicherte wegen Krankheit – beispielsweise einer psychischen Störung – oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Eine volle Erwerbsminderung liegt vor, wenn dieses Leistungsvermögen weniger als drei Stunden täglich beträgt.

Die Anzahl der Erwerbsminderungs-Renten (EM-Renten) hat von 2010 bis 2018 insgesamt zugenommen. Die Ursache der Bestandszunahme ist aber nicht auf die Zunahme neuer Erwerbsminderungen in den letzten Jahren zurückzuführen, sondern liegt in der Altersstruktur des Rentenbestands begründet. Trotz des Hereinwachsenden der geburtenstarken Jahrgänge ins Hauptrisikalter für Erwerbsminderung ist die Zahl der Neufälle rückläufig. Dies zeigt sich als Abflachung der Zunahme bei den Bestandsfällen in den letzten Jahren.

Psychische Störungen sind seit Jahren führende Bewilligungsdiagnosen für eine EM-Rente. So lag im Rentenzugang 2018 deren Anteil an allen Diagnosen bei 42,9 Prozent.

Der Bundesregierung ist Schutz und Stärkung der psychischen Gesundheit ein zentrales Anliegen. So verfügt Deutschland über ein psychiatrisch-psychotherapeutisches Hilfesystem auf einem – auch im internationalen Vergleich – sehr hohen Niveau. Es bestehen flächendeckende Versorgungsstrukturen zur psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versor-

gung im stationären, teilstationären und ambulanten Sektor. Aufgrund der zunehmenden gesellschaftlichen Akzeptanz und der verbesserten Diagnostik psychischer Erkrankungen nutzen auch immer mehr Menschen entsprechende Versorgungsmöglichkeiten. Zwar zeigen die Auswertungen des Robert Koch-Instituts (RKI) (zuletzt aus dem DEGS-Modul (DEGS = Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland) Mental Health, 2013), dass psychische Erkrankungen nicht häufiger geworden sind, jedoch haben die diagnostizierten und behandelten Fälle psychischer Erkrankungen in Deutschland seit Jahren kontinuierlich zugenommen. Dieses veränderte Hilfesuchverhalten der Menschen, dass ärztliche und psychotherapeutische Leistungsangebote frühzeitiger als zuvor in Anspruch genommen werden, erhöht aus Sicht von Expertinnen und Experten die Chancen auf eine sachgerechte Diagnostik und Behandlung und trägt dazu bei, chronifizierte Verläufe psychischer Störungen zu vermindern. Zukünftige Herausforderungen liegen vor allem in einer besseren Verzahnung und Koordinierung der Versorgung, die es sektoren- und berufsgruppenübergreifend sowie interdisziplinär weiterzuentwickeln gilt. Dies hat auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) in seinem Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung im Jahr 2018 festgestellt.

Neben dieser Versorgung ist aus Sicht der Bundesregierung auch die Prävention psychischer Erkrankungen eine wichtige Aufgabe. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) sollen chronische, lebensstilbedingte Krankheiten vermieden werden, bevor sie entstehen oder sich manifestieren. Dazu gehören neben Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen u. a. auch psychische Erkrankungen. Das Präventionsgesetz verfolgt einen krankheitsübergreifenden Ansatz und zielt darauf, zum einen die Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen zu stärken und zum anderen gesundheitsfördernde Strukturen in Lebenswelten wie Schulen, Kommunen und Betrieben aufzubauen. Insbesondere durch Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen am Arbeitsplatz soll auch ein vorzeitiges gesundheitsbedingtes Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verhindert werden.

Zudem hat der Bundesgesetzgeber im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes mit § 11 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) vor dem Hintergrund der stetig hohen Zugänge in die Erwerbsminderungsrente und in die Eingliederungshilfe bzw. Sozialhilfe dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) den Auftrag erteilt, Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation durchzuführen. Mit dem Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ setzt das BMAS diesen gesetzlichen Auftrag um. Ziel ist es, durch die Erprobung von innovativen Leistungen und organisatorischen Maßnahmen neue Wege zu finden, die Erwerbsfähigkeit der Menschen besser als bisher zu erhalten oder wiederherzustellen. Jobcenter und Rentenversicherungsträger können damit über einen längeren Zeitraum neue Ansätze zur Unterstützung von Menschen mit beginnenden Rehabilitationsbedarfen bis hin zu Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarfen oder auch neue Ansätze für spezifische Zielgruppen, wie z. B. psychisch beeinträchtigte Menschen, erproben.

Darüber hinaus hat das Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) vom 8. Dezember 2016 Leistungen zur Prävention als Pflichtleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung eingeführt (§ 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XI). Daneben sind die Träger der Rentenversicherung verpflichtet, den Versicherten ab Vollendung des 45. Lebensjahres eine umfassende berufsbezogene Gesundheitsuntersuchung und darauf aufbauend eine Gefährdungs- und Potenzialanalyse anzubie-

ten, um dadurch spätere Leistungen zur Teilhabe zu vermeiden (sogenannter Ü-45 Check-up). Derzeit existieren rentenversicherungswest sechs Projekte im Rahmen dieses Ü-45 Check-up.

7. Wie vielen Beziehern von Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) wurde in den letzten zehn Jahren eine Erwerbsminderungsrente aufgrund einer psychischen Erkrankung (psychiatrischen Diagnose) bewilligt (bitte die absoluten und relativen Zahlen differenziert nach Bund, nach neuen und alten Bundesländern, nach Ländern sowie nach soziodemographischen Merkmalen – Geschlecht, Staatsangehörigkeit deutsch, Ausländer, EU-Ausländer, Staatsangehörigkeit aus einem Top-8-Asylherkunftsland – für die Jahre von 2010 bis 2018 ausweisen)?
8. Wie vielen Beziehern von SGB-II-Leistungen wurde in den letzten zehn Jahren eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung aufgrund einer psychischen Erkrankung (psychiatrischen Diagnose) bewilligt (bitte die absoluten und relativen Zahlen differenziert nach Bund, nach neuen und alten Bundesländern, nach Ländern sowie nach soziodemographischen Merkmalen – Geschlecht, Staatsangehörigkeit deutsch, Ausländer, EU-Ausländer, Staatsangehörigkeit aus einem Top-8-Asylherkunftsland – für die Jahre von 2010 bis 2018 ausweisen)?
9. Wie vielen Beziehern von SGB-II-Leistungen wurde in den letzten zehn Jahren eine Rente wegen voller Erwerbsminderung aufgrund einer psychischen Erkrankung (psychiatrischen Diagnose) bewilligt (bitte die absoluten und relativen Zahlen differenziert nach Bund, nach neuen und alten Bundesländern, nach Ländern sowie nach soziodemographischen Merkmalen – Geschlecht, Staatsangehörigkeit deutsch, Ausländer, EU-Ausländer, Staatsangehörigkeit aus einem Top-8-Asylherkunftsland – für die Jahre von 2010 bis 2019 ausweisen)?

Die Fragen 7 bis 9 werden gemeinsam beantwortet.

Die entsprechenden Daten liegen nicht vor. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 4 verwiesen.

10. Wie viele Bezieher von SGB-II-Leistungen bezogen in den letzten zehn Jahren zeitgleich eine Erwerbsminderung aufgrund einer psychischen Erkrankung (psychiatrischen Diagnose) (bitte die absoluten und relativen Zahlen differenziert nach Bund, nach neuen und alten Bundesländern, nach Ländern sowie nach soziodemographischen Merkmalen – Geschlecht, Staatsangehörigkeit deutsch, Ausländer, EU-Ausländer, Staatsangehörigkeit aus einem Top-8-Asylherkunftsland – für die Jahre von 2010 bis 2018 ausweisen)?

Die entsprechenden Daten liegen nicht vor.

11. Wie hat sich der Anteil jener Personen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Erwerbsminderungsrente aufgrund einer psychischen Erkrankung (psychiatrischen Diagnose) SGB-II-Leistungen bezogen haben an der Gesamtheit aller Erwerbsminderungsrenten in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte die absoluten und relativen Zahlen differenziert nach Bund, nach neuen und alten Bundesländern, nach Ländern sowie nach soziodemographischen Merkmalen – Geschlecht, Staatsangehörigkeit deutsch, Ausländer, EU-Ausländer, Staatsangehörigkeit aus einem Top-8-Asylherkunftsland – für die Jahre von 2010 bis 2018 ausweisen)?

Es wird auf die Antwort zu Frage 2 verwiesen. Auch der maßgebliche Versicherungsstatus vor dem Leistungsfall zum Zeitpunkt der Antragstellung wird in der Antrags- und Erledigungsstatistik der Deutschen Rentenversicherung nicht erfasst.

12. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahl der Bezieher von SGB-II-Leistungen, die an mindestens einer psychischen Erkrankung (psychiatrischen Diagnose) leiden, in den letzten zehn Jahren entwickelt (sofern möglich, bitte die absoluten und relativen Werte differenziert nach Bund, nach neuen und alten Bundesländern, nach Ländern sowie nach soziodemographischen Merkmalen – Geschlecht, Staatsangehörigkeit deutsch, Ausländer, EU-Ausländer, Staatsangehörigkeit aus einem Top-8-Asylherkunftsland – ausweisen für die Jahre von 2010 bis 2018)?
13. Wie viele Bezieher von SGB-II-Leistungen nehmen aktuell an einer arbeitsmarktpolitischen Maßnahme zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes bzw. zur Steigerung der individuellen Leistungsfähigkeit teil (bitte die absoluten und relativen Zahlen inklusive der durchschnittlichen Teilnahmedauer differenziert nach Bund, nach neuen und alten Bundesländern, nach Ländern sowie nach soziodemographischen Merkmalen – Geschlecht, Staatsangehörigkeit deutsch, Ausländer, EU-Ausländer, Staatsangehörigkeit aus einem Top-8-Asylherkunftsland – ausweisen für die Jahre von 2010 bis 2018 auflisten)?

Die Fragen 12 und 13 werden gemeinsam beantwortet.

Entsprechende Daten liegen nicht vor.

14. Welche volkswirtschaftlichen Verluste sind nach Schätzungen der Bundesregierung durch die nicht genutzten Erwerbspotentiale von Menschen mit psychischen Erkrankungen (psychiatrischen Diagnose) bzw. Beziehern von Erwerbsminderungsrenten aufgrund einer psychischen Erkrankung (psychiatrischen Diagnose) verbunden (sofern möglich, bitte ex post für die Jahre von 2010 bis 2018 sowie ex ante für die Jahre bis 2030 quantifizieren)?
15. Existieren nach Kenntnis der Bundesregierung Untersuchungen bzw. Studien, die die volkswirtschaftlichen Verluste durch die nicht genutzten Erwerbspotentiale von Menschen mit psychischen Erkrankungen (psychiatrischen Diagnosen) berechnen?

Wenn ja, welche Studien sind das, und wie bewertet die Bundesregierung die Ergebnisse der Studien?

Wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 14 und 15 werden gemeinsam beantwortet.

Im jährlichen Bericht „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin werden volkswirtschaftliche Kostenschätzungen auf der Grundlage von Arbeitsunfähigkeitsdaten vorgenommen. Zahlenangaben enthält die Antwort der Bundesregierung zu Frage 8 der Kleinen Anfrage der Fraktion DIE LINKE. auf Bundestagsdrucksache 19/8688 „Arbeitsbezogene psychische Belastungen in Deutschland“.

Der Bundesregierung sind insbesondere die beiden folgenden, 2011 veröffentlichten Studien bekannt, die auch die volkswirtschaftlichen Kosten von psychischen Erkrankungen einschließlich der durch Erwerbsminderung/-unfähigkeit verursachten Kosten berechnet haben:

- Wolfgang Bödeker/Michael Friedrichs: Kosten der psychischen Erkrankungen und Belastungen in Deutschland. In: Lothar Kamp/Klaus Pickshaus (Hg.): Regelungslücke psychische Belastungen schließen (Dokumente und Gutachten der Hans-Böckler-Stiftung), S. 69-102. Düsseldorf 2011.
- Allianz Deutschland AG und RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung: Depression – Wie die Krankheit unsere Seele belastet. Essen 2011.

Mit einer Klarstellung Ende 2013 fordert das Arbeitsschutzgesetz (vgl. § 5 ArbSchG, Ziffer 6) explizit die Berücksichtigung der psychischen Belastungen in der Gefährdungsbeurteilung. Seit 2013 beschäftigt sich das Arbeitsprogramm Psyche der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie mit dem Schutz und der Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingten psychischen Belastungen. Auch die Initiative Neue Qualität der Arbeit bietet mit dem Projekt „psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ Unterstützung mit Handlungshilfen und e-learning Materialien.

16. Wie viele der Bezieher von SGB-II-Leistungen, die im Jahr 2018 bei der Techniker Krankenkasse (TK) versichert waren, wiesen nach Kenntnis der Bundesregierung mindestens eine psychische Erkrankung (psychiatrische Diagnose) auf (bitte die absoluten und relativen Zahlen sowie differenziert nach soziodemographischen Merkmalen – Erwerbsstatus: arbeitslos, arbeitssuchend, Staatsangehörigkeit: Deutsche, Ausländer und Geschlecht – auflisten)?
17. Sollten die in Frage 16 erfragten Daten nicht erhoben werden,
 - a) warum werden diese nicht erhoben,
 - b) wie hoch schätzt die Bundesregierung den Aufwand einer solchen Erhebung ein, und
 - c) welche personenbezogenen Daten werden bei der TK erhoben, und was ist die rechtliche Grundlage dafür?

Die Fragen 16 bis 17c werden gemeinsam beantwortet.

Die entsprechenden Daten liegen nicht vor. Die gesetzlichen Krankenkassen sind u. a. nach § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 i. V. m. §§ 295 ff. des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) befugt, für bei ihnen versicherte Personen Leistungs- und Abrechnungsdaten, u.a. auch Diagnosen, für Zwecke der Abrechnungsprüfung zu verarbeiten. Eine Differenzierung, aus der man Rückschlüsse darauf ziehen könnte, ob eine versicherte Person Bezieher von SGB II-Leistungen ist, erfolgt nicht.

Daneben sind die gesetzlichen Krankenkassen nach § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V befugt, für Zwecke des Versicherungsverhältnisses Daten zu verarbeiten, die zur Feststellung der Beitragspflicht und der Tragung und Zahlung der Beiträge dienen.

Ein Zusammenführen der oben genannten Einzelangaben ist den gesetzlichen Krankenkassen aufgrund der fehlenden gesetzlichen Aufgabe, für die eine solche Auswertung erforderlich sein könnte, im Hinblick auf das informationelle Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Personen (Sozialdatenschutz) nicht gestattet.

