



ROBERT KOCH INSTITUT
Statistisches Bundesamt



Heft 30
Gesundheitsbedingte Frühberentung



Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Heft 30

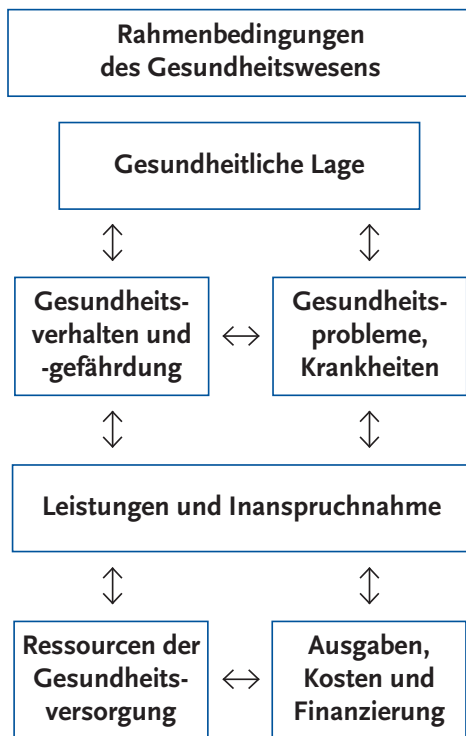
Gesundheitsbedingte Frühberentung

Autor: Uwe G. Rehfeld

Herausgeber: Robert Koch-Institut

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) liefert daten- und indikatorengestützte Beschreibungen und Analysen zu allen Bereichen des Gesundheitswesens.



Als dynamisches und in ständiger Aktualisierung begriffenes System bietet die Gesundheitsberichterstattung des Bundes die Informationen zu den Themenfeldern in Form sich ergänzender und aufeinander beziehender Produkte an:

- ▶ Themenhefte der Gesundheitsberichterstattung des Bundes
 - ▶ In den Themenheften werden spezifische Informationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und zum Gesundheitssystem handlungsorientiert und übersichtlich präsentiert. Jedes Themenheft lässt sich einem der GBE-Themenfelder zuordnen; der innere Aufbau folgt ebenfalls der Struktur der Themenfelder. Somit bieten die Themenfelder der GBE sowohl den Rahmen als auch die Gliederung für die Einzelhefte. Inhaltlich zusammengehörende Themen können ge-

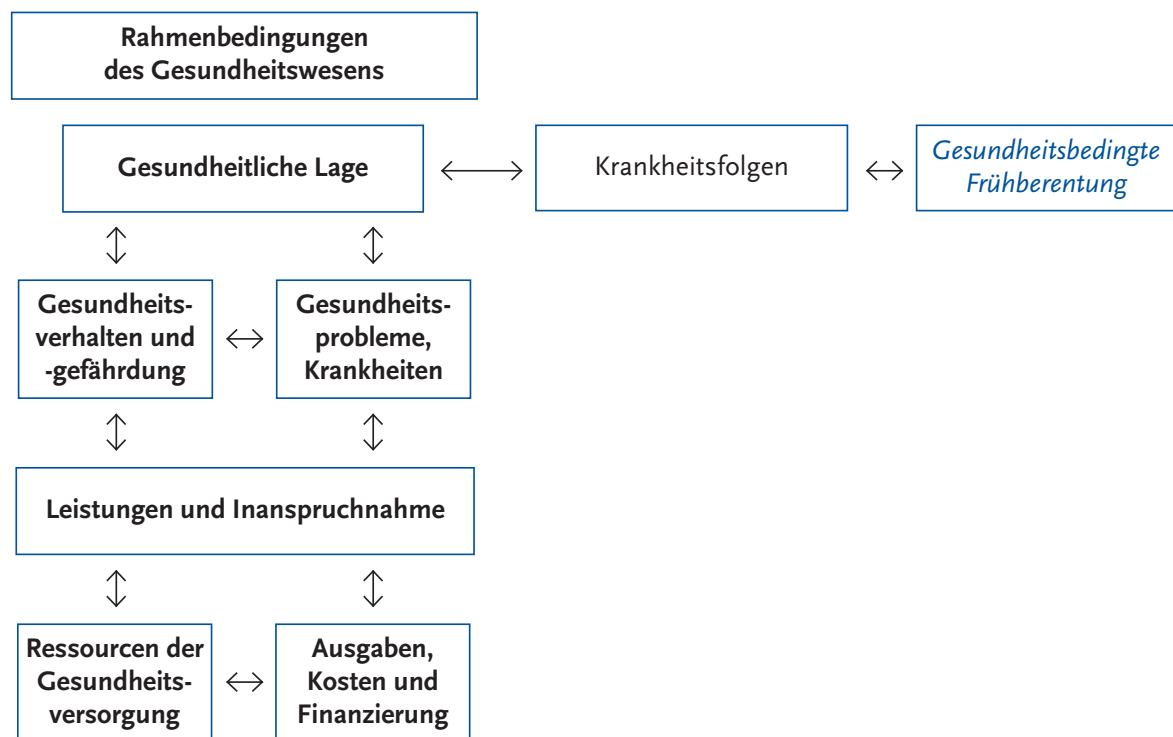
bündelt und gemeinsam herausgegeben werden. Die fortlaufende Erscheinungsweise gewährleistet Aktualität. Die Autorinnen und Autoren sind ausgewiesene Expertinnen und Experten aus dem jeweiligen Bereich.
www.rki.de

- ▶ Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes
 - ▶ Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes liefert als Online-Datenbank schnell, kompakt und transparent gesundheitsrelevante Informationen zu allen Themenfeldern der Gesundheitsberichterstattung. Die Informationen werden in Form von individuell gestaltbaren Tabellen, übersichtlichen Grafiken, verständlichen Texten und präzisen Definitionen bereitgestellt und können heruntergeladen werden. Das System wird ständig ausgebaut. Derzeit sind aktuelle Informationen aus über 100 Datenquellen abrufbar. Zusätzlich können über dieses System die GBE-Themenhefte und die Inhalte aus dem Gesundheitsbericht für Deutschland (Hrsg. Statistisches Bundesamt, Stuttgart, 1998) abgerufen werden.
www.gbe-bund.de
- ▶ Schwerpunktberichte
 - ▶ In den Schwerpunktberichten werden spezielle Themen der Gesundheit und des Gesundheitssystems detailliert und umfassend beschrieben.

Die Aussagen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes beziehen sich auf die nationale, bundesweite Ebene und haben eine Referenzfunktion für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Auf diese Weise stellt die GBE des Bundes eine fachliche Grundlage für politische Entscheidungen bereit und bietet allen Interessierten eine datengestützte Informationsgrundlage. Darüber hinaus dient sie der Erfolgskontrolle durchgeführter Maßnahmen und trägt zur Entwicklung und Evaluierung von Gesundheitszielen bei.

Der Leser- und Nutzerkreis der GBE-Produkte ist breit gefächert: Angesprochen sind Gesundheitspolitikerinnen und -politiker, Expertinnen und Experten in wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen und die Fachöffentlichkeit. Zur Zielgruppe gehören auch Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten, Verbraucherinnen und Verbraucher und ihre jeweiligen Verbände.

Das vorliegende Heft 30 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes »Gesundheitsbedingte Frühberentung« lässt sich folgendermaßen in das Gesamtspektrum der Themenfelder einordnen:



Bislang sind folgende Themenhefte der GBE erschienen:

- Heft 1 »Schutzimpfungen«
- Heft 2 »Sterbebegleitung«
- Heft 3 »Gesundheitsprobleme bei Fernreisen«
- Heft 4 »Armut bei Kindern und Jugendlichen«
- Heft 5 »Medizinische Behandlungsfehler«
- Heft 6 »Lebensmittelbedingte Erkrankungen«
- Heft 7 »Chronische Schmerzen«
- Heft 8 »Nosokomiale Infektionen«
- Heft 9 »Inanspruchnahme alternativer
Methoden in der Medizin«
- Heft 10 »Gesundheit im Alter«
- Heft 11 »Schuppenflechte«
- Heft 12 »Dekubitus«
- Heft 13 »Arbeitslosigkeit und Gesundheit«
- Heft 14 »Gesundheit alleinerziehender Mütter
und Väter«
- Heft 15 »Hepatitis C«
- Heft 16 »Übergewicht und Adipositas«
- Heft 17 »Organtransplantation und Organspende«
- Heft 18 »Neu und vermehrt auftretende Infek-
tionskrankheiten«
- Heft 19 »Heimtierhaltung – Chancen und
Risiken für die Gesundheit«
- Heft 20 »Ungewollte Kinderlosigkeit«
- Heft 21 »Angststörungen«
- Heft 22 »Hautkrebs«
- Heft 23 »Selbsthilfe im Gesundheitsbereich«
- Heft 24 »Diabetes mellitus«
- Heft 25 »Brustkrebs«
- Heft 26 »Körperliche Aktivität«
- Heft 27 »Schlafstörungen«
- Heft 28 »Altersdemenz«
- Heft 29 »Hörstörungen und Tinnitus«

Adressen:

Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Postfach 650261
13302 Berlin
Tel.: 018 88. 754 – 34 00
Fax: 018 88. 754 – 35 13
gbe@rki.de
www.rki.de

Statistisches Bundesamt
Zweigstelle Bonn
Informations- und Dokumentationszentrum
Gesundheitsdaten
Graurheindorfer Straße 198
53117 Bonn
Tel.: 018 88. 644–8121
Fax: 018 88. 644–8996
gbe-bund@destatis.de
www.gbe-bund.de

Schwerpunktbericht der GBE

- ▶ Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
- ▶ Pflege
- ▶ Gesundheit von Frauen und Männern im mitt-
leren Lebensalter

Gesundheitsbedingte Frühberentung

Einleitung

Erwerbsunfähigkeit und Invalidität zählen zu den einschneidendsten ökonomischen und sozialen Folgen von Krankheiten und Behinderung. Die Einschränkung oder der Verlust der Fähigkeit, den Lebensunterhalt durch Erwerbstätigkeit verdienen zu können, wird als *Minderung der Erwerbsfähigkeit* bezeichnet. Synonym dazu (und im internationalen Sprachgebrauch üblich) wird der Begriff Invalidität verwendet. Um die Folgen der Invalidität finanziell auszugleichen, werden Geldleistungen in Form von Renten an die in dem jeweiligen sozialen Sicherungssystem Anspruchsberechtigten gezahlt.

Gesundheitsbedingte Frühberentung im weitesten Sinne umfasst somit neben den Renten wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung (früher Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrenten) auch die Verletztenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung, die Pensionen wegen Dienstunfähigkeit aus der Beamtenversorgung sowie die Entschädigungsrenten wegen Erwerbsminderung nach dem Bundesversorgungsgesetz. Bei allen diesen Rentenleistungen liegen gesundheitliche Einschränkungen vor, die eine Erwerbstätigkeit nicht oder nur eingeschränkt ermöglichen. Im Gegensatz dazu werden im Folgenden andere Formen der früheren Berentung, z. B. wegen Arbeitslosigkeit nicht behandelt, obgleich sie in der Sozialpolitik auch häufig unter dem Stichwort »Frühberentung« diskutiert werden.

Die nachstehenden Darstellungen beziehen sich im Schwerpunkt auf die gesundheitsbedingte Frühberentung in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), die den größten Versorgungsbereich darstellt und sich deshalb als Indikator für die Gesamtsituation und die Trendentwicklung der Invalidität auch aus sozialmedizinischer Sicht eignet. Die Tatsache, dass ein Arbeitnehmer aufgrund von Krankheit oder Invalidität kein Einkommen erzielen kann, ist seit Einführung der Sozialversicherung als Risiko erkannt und versichert worden. Für das Verständnis ist es daher bedeutsam, zunächst auf einige rechtlichen Grundlagen, insbesondere die Rechtsänderung zum 1. Januar 2001 hinzuweisen.

Voraussetzungen für gesundheitsbedingte Frühberentung in der gesetzlichen Rentenversicherung bis 2000 und ab 2001

- ▶ Minderung der Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung
- ▶ 3 Jahre Pflichtbeiträge in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung
- ▶ Erfüllung der allgemeinen Wartezeit (5 Jahre Beitragszeiten) vor Eintritt der Erwerbsminderung*

Berufliche Leistungsfähigkeit – Recht bis 31. Dezember 2000

Medizinische Prüfung

nur noch unterhalbschichtige Arbeit im Hauptberuf oder im zumutbaren Verweisungsberuf möglich oder untermittelschichtiges Leistungsvermögen im Haupt- oder Verweisungsberuf und verschlossener Teilzeitarbeitsmarkt

Berufsunfähigkeitsrente
»2/3 Rente«

keine regelmäßige Erwerbstätigkeit mehr möglich oder untermittelschichtiges Leistungsvermögen und verschlossener Teilzeitarbeitsmarkt

Erwerbsunfähigkeitsrente
»Vollrente«

Berufliche Leistungsfähigkeit – Recht ab 01. Januar 2001

Medizinische Prüfung

Restleistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von 3 bis unter 6 Stunden

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung
»Halbe Rente«

sofern Teilzeitarbeitsmarkt verschlossen:
Gewährung einer:

Restleistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von unter 3 Stunden

Rente wegen vollter Erwerbsminderung
»Vollrente«

Berechnungsbasis der Renten

Wie vorzeitig in Anspruch genommene Altersrente für schwerbehinderte Menschen, wobei für jüngere Versicherte die individuelle Erwerbstätigkeit fiktiv bis zum 60. Lebensjahr als Zurechnungszeit berücksichtigt wird.

* vgl. §43 SGB VI in der Fassung vom 31.12.2000, sowie in der Änderung durch das Erwerbsminderungsrenten-Reformgesetz vom 20.12.2000 für Rentenzugänge ab 2001

Erwerbsminderungsrenten der gesetzlichen Rentenversicherung

Die Übersicht links fasst die Voraussetzungen für eine gesundheitsbedingte Frühberentung zusammen.

Eine erhebliche gesundheitliche Einschränkung ist neben einer Versicherungsdauer von fünf Jahren die Voraussetzung für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung. Nach dem bis zum 31.12.2000 geltenden Recht war zwischen Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit zu differenzieren. Versicherte waren berufsunfähig, wenn ihre Erwerbsfähigkeit so gemindert war, dass sie weder in ihrem bisherigen Hauptberuf noch in einem anderen zumutbaren Verweisungsberuf halbschichtig erwerbstätig sein konnten. Erwerbsunfähig waren dagegen Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande waren, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt regelmäßig eine Erwerbstätigkeit auszuüben oder mehr als nur geringfügige Einkünfte zu erzielen. Berufsunfähigkeitsrenten sind um ein Drittel niedriger als Erwerbsunfähigkeitsrenten. Renten konnten auch gewährt werden, wenn der Teilzeitarbeitsmarkt als verschlossen galt.

Seit 2001 ist das bisherige System der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten mit Rentenbeginn ab 01.01.2001 durch eine zweistufige Erwerbsminderungsrente ersetzt worden, bei der auf Basis der individuell berechneten Altersrente mit 60 Jahren nachstehend zwei Leistungen vorgesehen sind. Dabei bildet die aus arbeitsmedizinischer Sicht festgestellte noch vorhandene Arbeitsfähigkeit ein wichtiges Kriterium für die Rentenhöhe:

- ▶ Volle Erwerbsminderungsrente bei einem Restleistungsvermögen von unter 3 Stunden pro Tag,
- ▶ Halbe Erwerbsminderungsrente bei einem Restleistungsvermögen von 3 bis unter 6 Stunden pro Tag; bei Verschlossenheit des Arbeitsmarktes wird statt der halben Erwerbsminderungsrente die volle Erwerbsminderungsrente gezahlt.

Bei den folgenden Darstellungen werden die Rentenzugänge wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit bis 2000 bzw. die Renten wegen voller Erwerbsminderung und wegen teilweiser Erwerbsminderung im Jahr 2001 zusammengefasst und gemeinsam mit den Begriffen »Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit« bzw. »Frührenten« bezeichnet.

Entwicklungstrends des Frührentenzugangs und des Zugangsalters

Die Entwicklung der Anzahl der jährlich neu bewilligten gesundheitsbedingten Frührenten und das durchschnittliche Alter bei Renteneintritt können als grobe Indikatoren zur Beschreibung der Gesamtentwicklung angesehen werden. Bestimmt werden die Trends dabei zunächst von epidemiologischen Faktoren und der Demografie. Darüber hinaus spielen die Gesetzgebung (insbesondere die Rechtsänderung von 1984) und die konjunkturelle Lage am Arbeitsmarkt eine erhebliche Rolle und lassen sich in den Daten unmittelbar ablesen.

Zu Beginn der 1980er Jahre lag das Niveau des Frührentenzuganges im früheren Bundesgebiet relativ hoch und nahm tendenziell bei den in Abbildung 1a unterschiedenen Fallgruppen zu. Als Folge gesetzlicher Neuregelungen, mit denen die Zugangsvoraussetzungen zur Frühberentung auf aktiv Versicherte eingeengt wurden¹, ging der Frührentenzugang 1985 vor allem bei Frauen stark zurück, in der Arbeiterrentenversicherung (ArV) noch deutlicher als in der Angestelltenversicherung (AnV). Männer waren von der Neuregelung weniger betroffen, weil sie in der Regel erwerbstätig sind.

In den Jahren von 1984 bis 1995 haben sich die Frührentenzugänge in ihrer quantitativen Trendentwicklung angenähert: Die Rentenzugänge bei Arbeiterinnen sowie männlichen und weiblichen Angestellten zeigen in absoluten Zugangszahlen einen ähnlichen Verlauf. Im gesamten betrachteten Zeitraum ist allerdings der Frührentenzugang von Männern der ArV wesentlich höher als bei den anderen Fallgruppen. Dies dürfte sowohl eine

¹ gefordert werden seither drei Jahre Pflichtbeiträge in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung.

Abbildung 1a
Frührentenzugang – Früheres Bundesgebiet

Quelle: VDR Statistik Rentenzugang

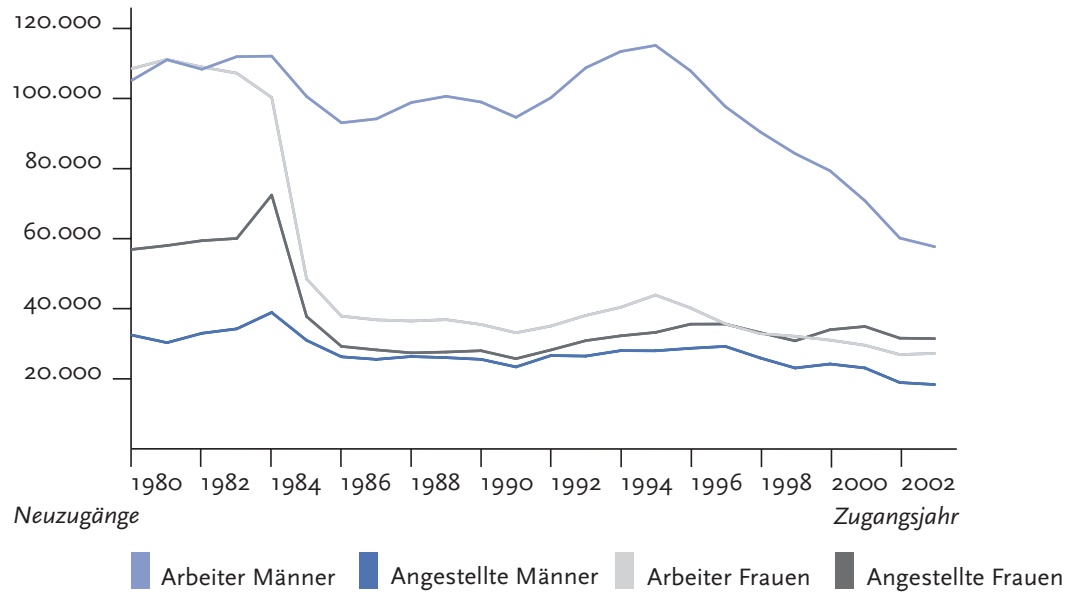
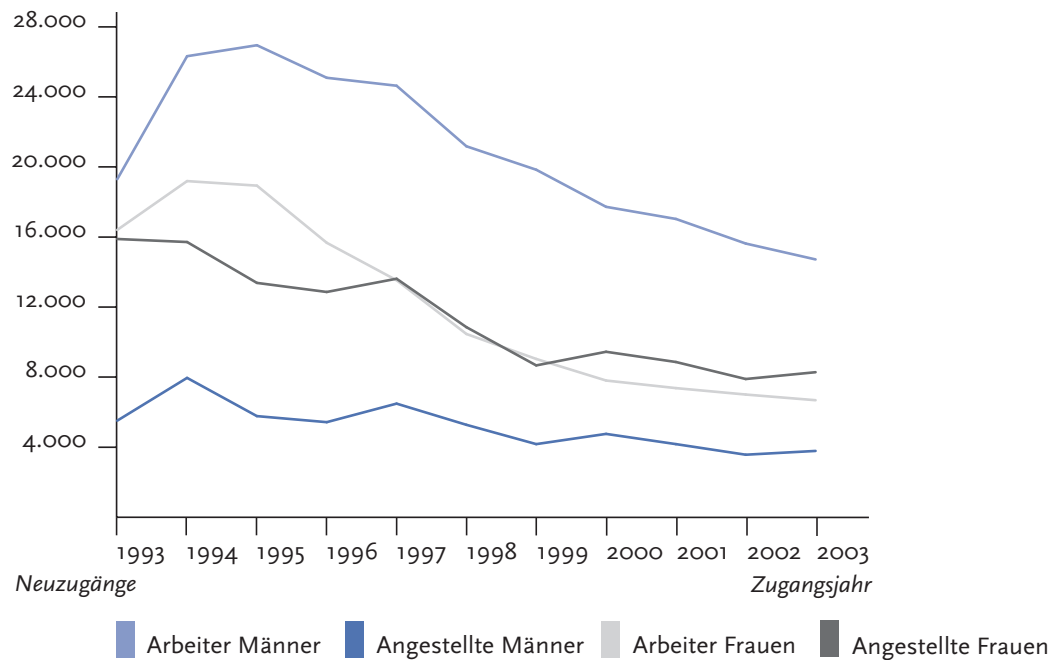


Abbildung 1b
Frührentenzugang – Neue Länder

Quelle: VDR Statistik Rentenzugang



Folge der stärkeren körperlichen Arbeitsbelastung männlicher Arbeiter sein, als auch auf den Tatbestand zurückzuführen sein, dass der beruflichen Mobilität in andere Berufe Grenzen gesetzt sind.

Für die Zeit seit 1993 liegen ebenfalls Daten für die neuen Länder vor – vgl. Abbildung 1b. Grundsätzlich entsprechen die Niveaus und Entwicklungen – wegen ähnlicher epidemiologischer und demografischer Trends – in den neuen Bundesländern bei den betrachteten Fallgruppen denen im früherem Bundesgebiet.

Seit 1995 tritt jedoch zusätzlich ein besonders bei den Arbeitern auffälliger Rückgang sowohl in den alten, wie auch in den neuen Bundesländern auf. Dieser hat zunächst vor allem arbeitsmarktbedingte Gründe, die besonders zu einem Rückgang der Anträge auf Erwerbsminderungsrenten in den höheren Rentenaltersgruppen führte. Dagegen stiegen im Zeitraum von 1993 bis 2001 die Zugänge bei vorgezogenen Altersrenten wegen Arbeitslosigkeit von 112.000 auf 169.000 Fälle an, wobei zwischenzeitlich über 200.000 Zugangsfälle (1995) erreicht wurden. Schließlich sind die zurück gehenden Fallzahlen der Frührenten in den letzten Jahren teilweise auch demografisch bedingt: Die jüngeren Geburtsjahrgänge, die in die Altersgruppen mit hohem Erwerbsminderungsrisiko fallen, sind aufgrund der Geburtenausfälle des zweiten Weltkrieges niedriger besetzt.

Ein weiterer Indikator zur Beschreibung des Frühberentungstrends ist das durchschnittliche Zugangsalter – vgl. Abbildung 2. Es gilt als eine

zentrale Bestimmungsgröße für die Ausgabenentwicklung: Je niedriger es liegt, um so länger sind Frührenten zu zahlen. Das durchschnittliche Zugangsalter ist insbesondere infolge der Neuregelung der Anspruchsvoraussetzungen für Erwerbsminderungsrenten im Jahr 1984 zurückgegangen – nur bei den bereits hervorgehobenen Männern der Arbeiterrentenversicherung zunächst bis 1990 nahezu unverändert geblieben. In die Abbildung 2 sind ab 1993 auch die durchschnittlichen Zugangsalter bei den Erwerbsminderungsrenten in den neuen Ländern aufgenommen worden. Diese weisen durchweg auf einen früheren Rentenzugang wegen Erwerbsminderung als im früheren Bundesgebiet hin. Ganz wesentlich sind allerdings dafür die einigungsbedingten Arbeitsmarktprobleme sowie gesundheitliche Faktoren (vgl. Abschnitt Lebenserwartung).

Im aktuellen Trendverlauf zeigt sich eine ähnliche Entwicklung für alte und neue Bundesländer mit einem weiteren Rückgang der Berentungsalter auf ein Niveau zwischen 49 und 51 Jahren. Dieses wird darauf zurückgeführt, dass jüngere und schwerere Erwerbsminderungsfälle in die Berentung gelangt sind, während Ältere die vorgezogenen Renten, insbesondere wegen Arbeitslosigkeit beantragen. Bemerkenswert ist darüber hinaus das niedrigere Zugangsalter bei Frauen (insgesamt 2003 49,2 Jahre; Männer: 50,7 Jahre). Dies ist auch auf einen hohen Anteil von Frühberentungen auf Grund psychischer Krankheiten (mit Durchschnittsalter 47,3 Jahre bei Arbeite-

Abbildung 2
Durchschnittliches Frühberentungsalter – Arbeiter und Angestellte
Quelle: VDR Statistik Rentenzugang

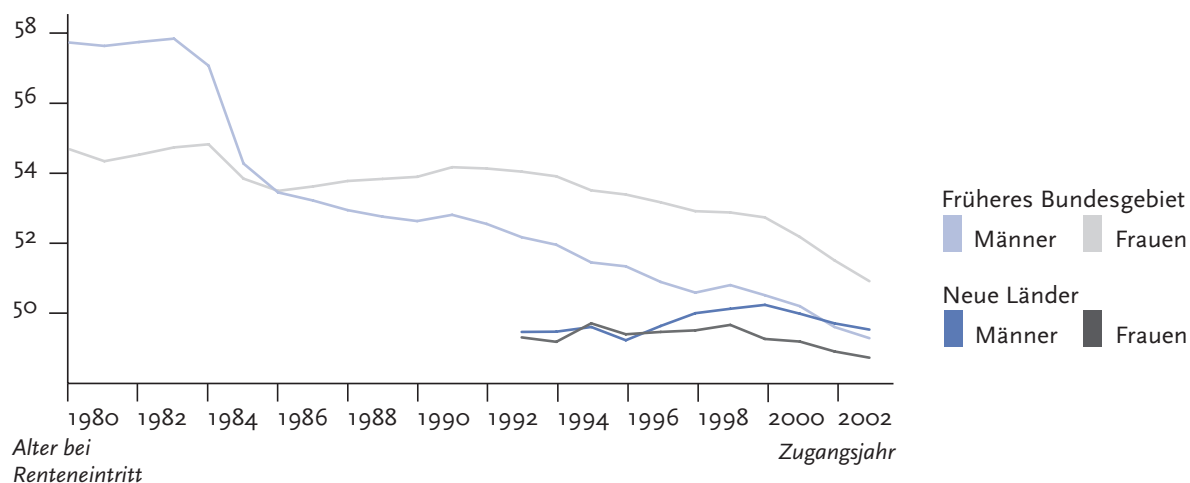


Abbildung 3a
Frühberentungsquote* – Früheres Bundesgebiet

Quelle: VDR Statistik Rentenzugang/Versicherte

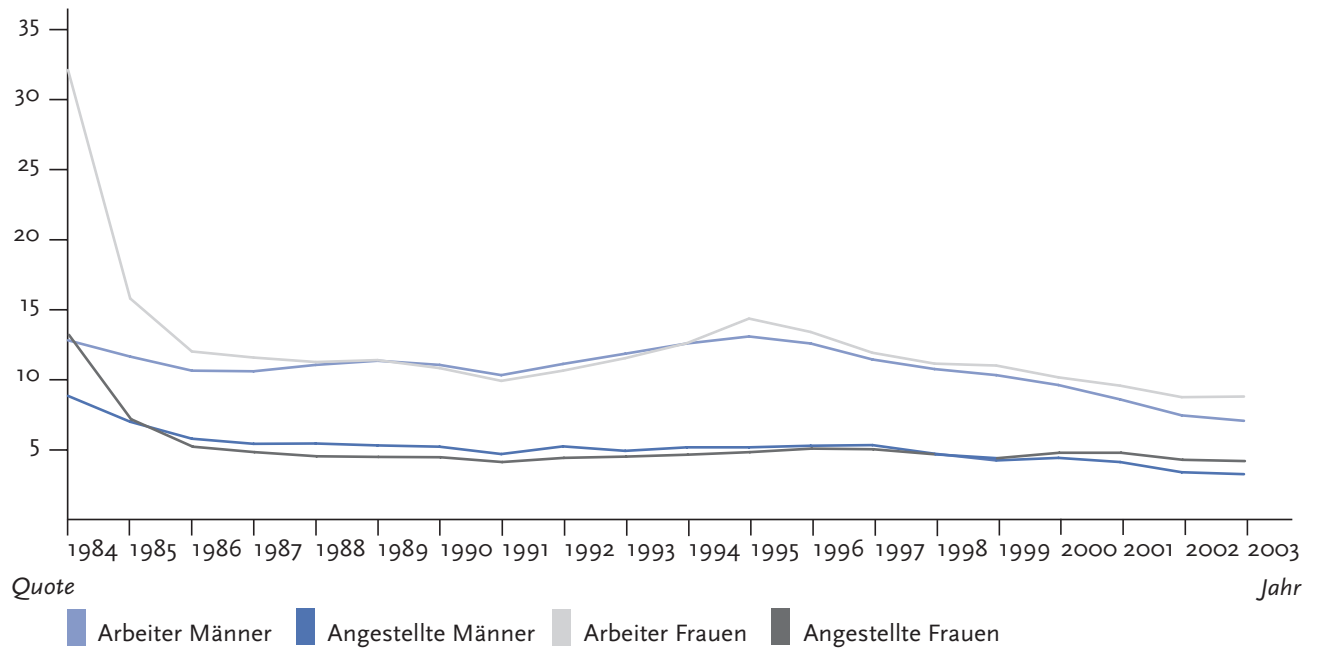
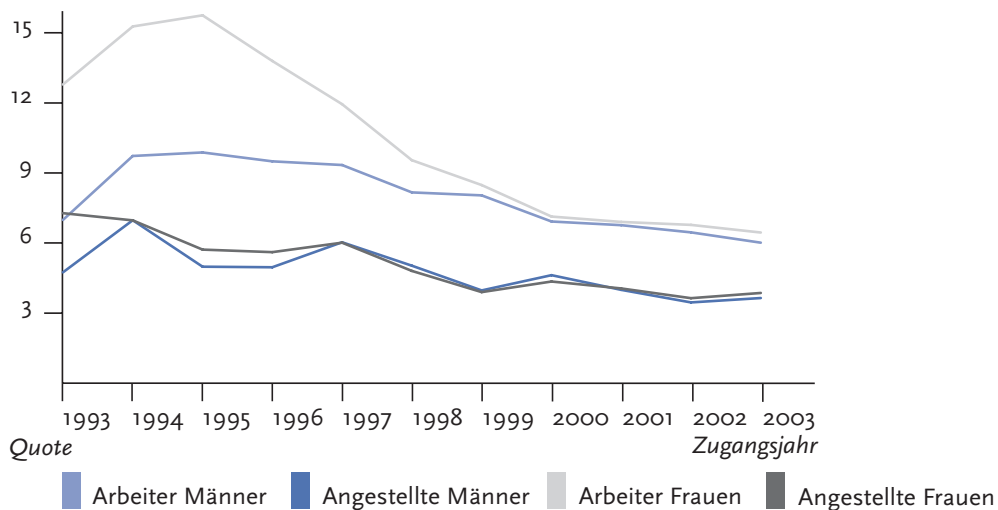


Abbildung 3b
Frühberentungsquote* – Neue Länder

Quelle: VDR Statistik Rentenzugang/Versicherte



* Rentenzugang/Aktiv Versicherte am 31.12. des Vorjahres

rinnen und 48,3 Jahre bei Angestellten) zurückzuführen. Das bei den Arbeiterinnen niedrigere Durchschnittsalter weist darauf hin, dass die körperliche berufliche Belastung üblicherweise in den Arbeiterberufen höher ist und als epidemiologischer Faktor eine wichtige Rolle spielt. Bestätigt wird diese Sicht auch durch die rund ein Jahr frühere Berentung wegen Erwerbsminderung von männlichen Arbeitern (50,4 Jahre) im Vergleich zu männlichen Angestellten (51,3 Jahre).

Bezieht man die Frührentenzugänge auf die aktiv Versicherten und berechnet so – zur Ausschaltung des demografischen Einflusses der Population – Frühberentungsquoten je 1.000 Versicherte, so weisen diese Daten ebenfalls auf die Berufswelt als wichtigen Einflussfaktor hin. Aus den Abbildungen 3a und 3b ist ablesbar, dass Arbeiter und Arbeiterinnen wesentlich höhere Frühberentungsrisiken tragen als männliche und weibliche Angestellte. Die Kurven machen darüber hinaus ebenfalls deutlich, dass die gesundheitsbedingte Frühberentung weiteren Einflussfaktoren unterliegt, welche offensichtlich nicht immer gleich bleibend sind. Auch aus diesem Grund konnte bisher seitens der Wissenschaft kein allgemein gültiges Erklärungsmodell gefunden werden. Die im Folgenden aufgeführten Bestimmungsfaktoren leisten jeweils als Indikatoren partielle Erklärungsbeiträge.

Bestimmungsfaktoren der Frühberentung

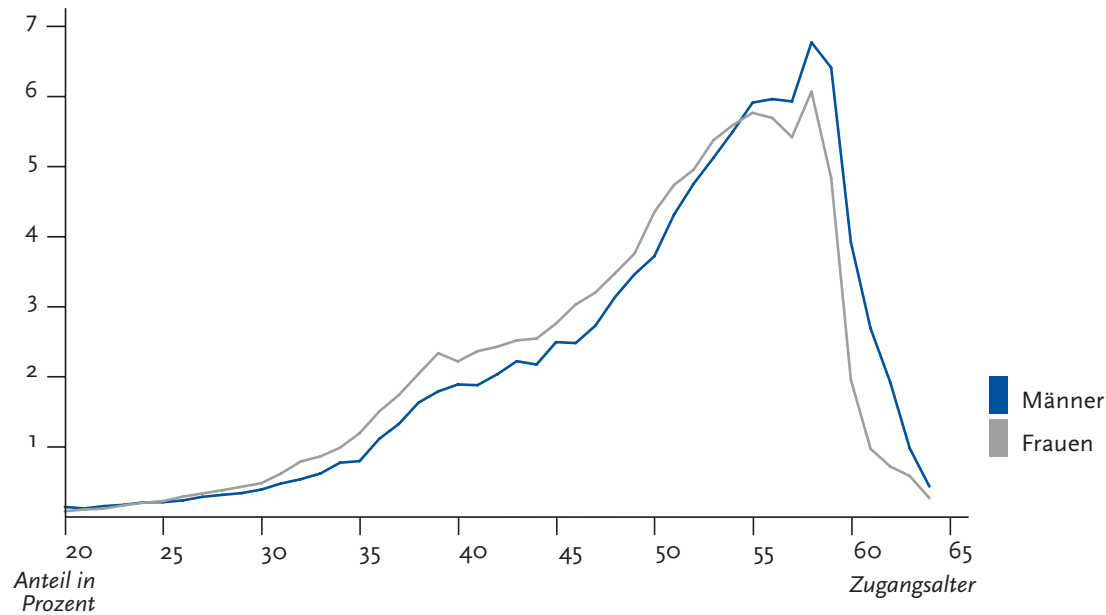
Die Frage, welche Faktoren die Frühberentung beeinflussen, führt zur einer vieldimensionalen Betrachtung, wobei allgemeine »Makro-Faktoren« und Faktoren der individuellen Ebene unterschieden werden können. Aus den beschriebenen Trendentwicklungen zur gesundheitsbedingten Frühberentung haben sich als erklärende allgemeine Bestimmungsfaktoren die Berufs- und Arbeitswelt (repräsentiert durch die Merkmale Versicherungszweig Arbeiterrentenversicherung oder Angestelltenversicherung, teilweise auch durch das Geschlecht) sowie gesetzliche Regelungen, wirtschaftliche Einflussfaktoren und die Demografie ergeben. Alle diese Einflussgrößen können gemeinsam als so genannte »Makro-Faktoren« angesehen werden. Sie bilden das Bedingungs-umfeld für die Situation des Einzelnen. Auf individueller Ebene lassen sich eine Reihe von Faktoren für die Frühberentung aufführen, die jeweils die Erklärungsbeiträge für das individuelle Risiko gesundheitsbedingter Frühberentung leisten. Diese Faktoren sind in Abbildung 4 unter individuelle Ebene aufgeführt.

Abbildung 4
Bestimmungsfaktoren der gesundheitsbedingten Frühberentung

Makro Ebene	Individuelle Ebene
▶ Gesetzliche Regelungen	▶ Gesundheitszustand
▶ Demografie	▶ Alter
▶ Wirtschaftliche Einflussfaktoren	▶ Geschlecht
	▶ Berufliche Tätigkeit
	▶ Arbeitsplatz/Arbeitssituation

Abbildung 5
Frührentenzugänge 2003 nach Einzelalter
Rentenversicherung insgesamt

Quelle: VDR Statistik Rentenzugang



Alter

Die Wahrscheinlichkeit, aus dem Erwerbsleben aufgrund einer gesundheitsbedingten Frühberentung auszuscheiden, nimmt mit dem Alter zu. In Abbildung 5 ist für den Rentenzugang des Jahres 2003 die relative Verteilung über die Einzelalter dargestellt. Die Häufigkeit steigt – epidemiologisch plausibel – für Männer in den einzelnen Altersjahren relativ kontinuierlich bis zum Alter 56 an. Danach zeigt die Kurve eine überproportionale Steigung bis zum Alter 58 Jahre, was nicht allein auf gesundheitliche Ursachen zurückzuführen ist, sondern auch auf die Situation älterer Arbeitnehmer im Betrieb und am Arbeitsmarkt. Bei den Frauen ergibt sich im Grunde ein sehr ähnlicher, in jungen Altern leicht höherer Kurvenverlauf, wobei der relativ höchste Wert ebenfalls im Alter 58 erreicht wird. Der Rückgang der relativen Zugangshäufigkeit in den höheren Altern ist sowohl bei Männern wie auch bei Frauen dadurch bedingt, dass ab dem Alter 60 viele erwerbsgeminderte Versicherte auch einen Anspruch auf eine Altersrente besitzen und diesen in Anspruch nehmen. Sie folgen damit einer allgemein feststellbaren Tendenz zu einem vorzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und vermeiden im Übrigen ein sozialmedizinisches Begutachtungsverfahren.

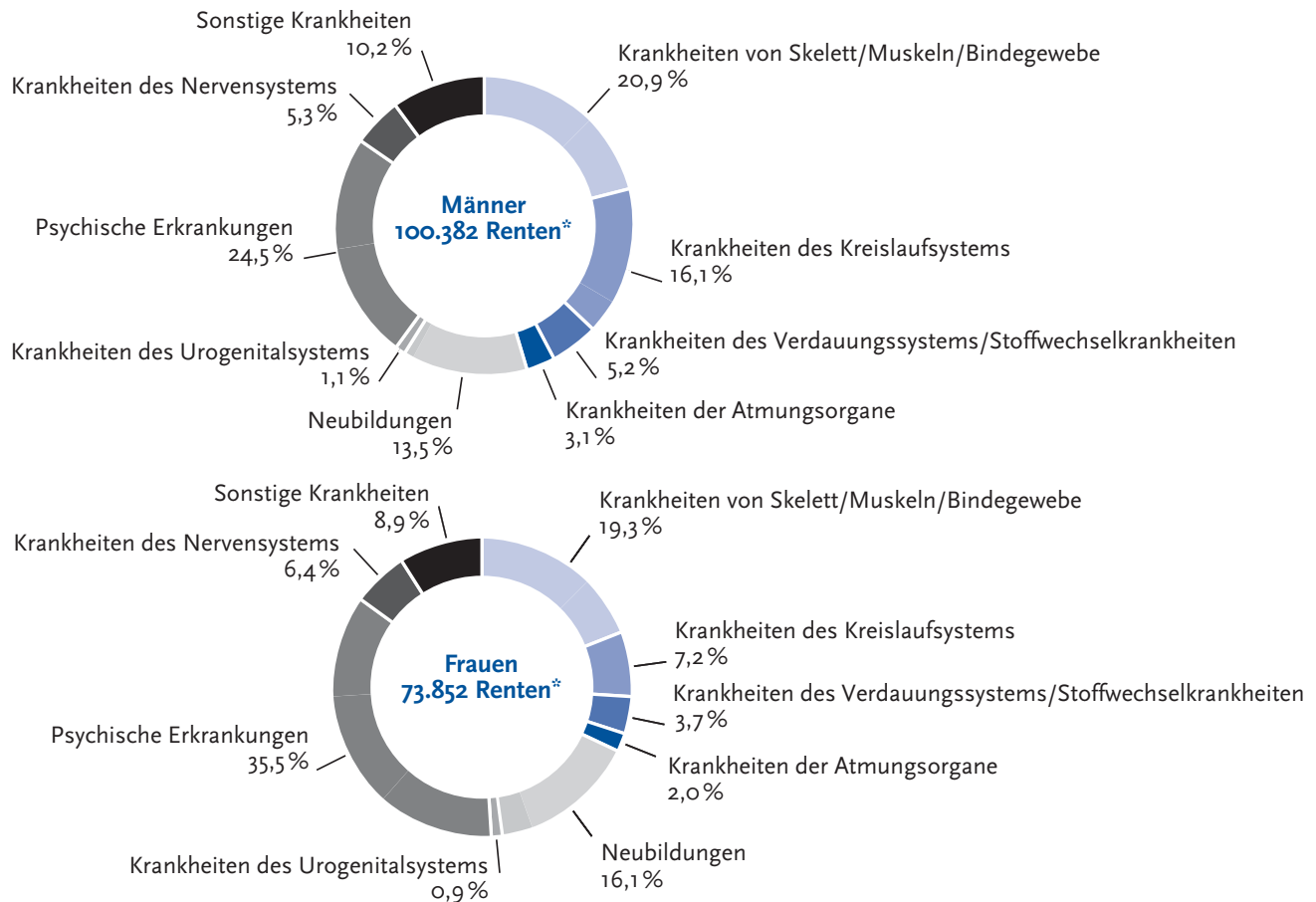
Frühberentungsdiagnosen

Chronische Krankheiten führen in der gesetzlichen Rentenversicherung seit Jahren am häufigsten zur Frühberentung. Dies ist die Folge eines im Zeitablauf veränderten Krankheitsspektrums: Erfolgreiche medizinische Versorgung haben Infektionskrankheiten zurückgedrängt. Der Anteil chronisch-degenerativer Krankheiten hat dagegen zugenommen. Bei der Frühberentung spielen insbesondere jene Krankheiten eine Rolle, die nicht unmittelbar lebensbedrohlich sind, jedoch die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen. Von erheblicher Bedeutung sind zunächst die psychiatrischen Krankheiten (ICD-9: 290–319/ICD-10: F00–F99)². Es folgen in der Häufigkeit des Auftretens die so genannten »Verschleiß-Erkrankungen« des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (ICD-9: 710–739/ICD-10: M00–M99), Neubildungen (ICD-9: 140–239/ICD-10: C00–D48) und Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-9: 390–459/ICD-10: I00–I99). Diese Krankheiten treten in allen westlichen Industrieländern häufig auf. Sie dominieren im Übrigen auch in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung, die gezielt

² ICD-9 und ICD-10 bezeichnen die internationalen Schlüsselverzeichnisse für Krankheiten: International Classification of Diseases - 9. Revision/10. Revision.

Abbildung 6a und 6b
Ursachen der Frühberentung 2003 – Rentenzugang wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Rentenversicherung insgesamt

Quelle: VDR Statistik Rentenzugang



* Ohne Renten für Bergleute wegen Vollendung des 50. Lebensjahres und ohne Fälle mit nicht erfasster I. Diagnose, Verschlüsselung nach ICD-10

eingesetzt wird, um Erwerbsunfähigkeit aufgrund von Erkrankungen zu vermeiden. Die genannten vier wichtigsten Diagnosengruppen verursachten im Jahr 2003 bei Männern 76 % und bei Frauen 87 % aller Frühberentungen (vgl. Abbildungen 6a und 6b).

Das Gewicht der Krankheitsgruppen für das Berentungsgeschehen hat sich im Zeitablauf bei Männern und Frauen unterschiedlich entwickelt (Abbildungen 7 und 8). Seit 1983 hat sich der Anteil der Kreislauferkrankungen bei den Männern von ehemals fast 40 % auf nunmehr 16 % verringert. Im gleichen Zeitraum stieg der Anteil der Frühberentungen aufgrund von Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes zunächst von 15 % auf über 30 %; er liegt derzeit bei rund 21 %. Einen bemerkenswerten Verlauf

haben darüber hinaus die Berentungen wegen psychischer Erkrankungen genommen: Ihr Anteil ist von rund 8 % im Jahr 1983 auf rund 24 % im Jahre 2003 angestiegen und dürfte als Indikator die zunehmenden psychosozialen Belastungen in Arbeitswelt und Gesellschaft abbilden. Der Anteil der Neubildungen (Krebs) ist kontinuierlich leicht angestiegen und liegt mittlerweile bei rund 13 %.

Das Grundmuster dieser Entwicklungen hat sich bei Frauen in ähnlicher Weise entwickelt: Frühberentungen wegen Kreislauferkrankungen sind im betrachteten Zeitraum von 37 % auf rund 7 % gesunken, der Anteil der psychischen Erkrankungen ist von unter 10 % auf die nunmehr häufigste Erkrankungsart mit rund 35 % angestiegen. Dieser Trend ist noch stärker als bei den Männern und dürfte auf die vielfältigen sozio-psychologischen

Belastungen der heutigen Zeit hinweisen, die sich bei Frauen stärker auswirken. Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes dominierten zeitweilig wie bei den Männern mit einem bis 1992 zunehmenden Anteil (bis 34 %). Sie sind trotz des Rückgangs auf rund 19 % heute

immer noch die zweithäufigste Berentungsursache. Bemerkenswert ist, dass Neubildungen als Berentungsursache bei Frauen die dritthäufigste Berentungsursache darstellen. Ihr Anteil hat sich im gesamten Zeitraum mit leichten Schwankungen von 7 % auf 16 % zunehmend entwickelt.

Abbildung 7

Rentenzugang nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen – RV Männer

(1982–1992: früheres Bundesgebiet; ab 1993: Deutschland)

Quelle: VDR Statistik Rentenzugang

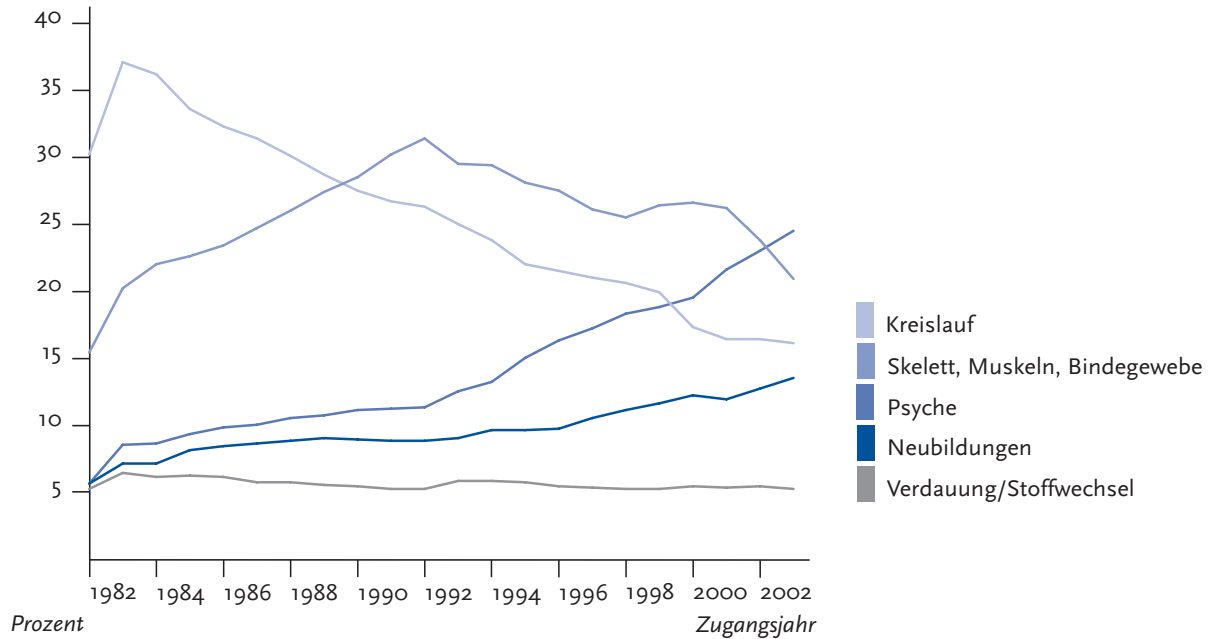
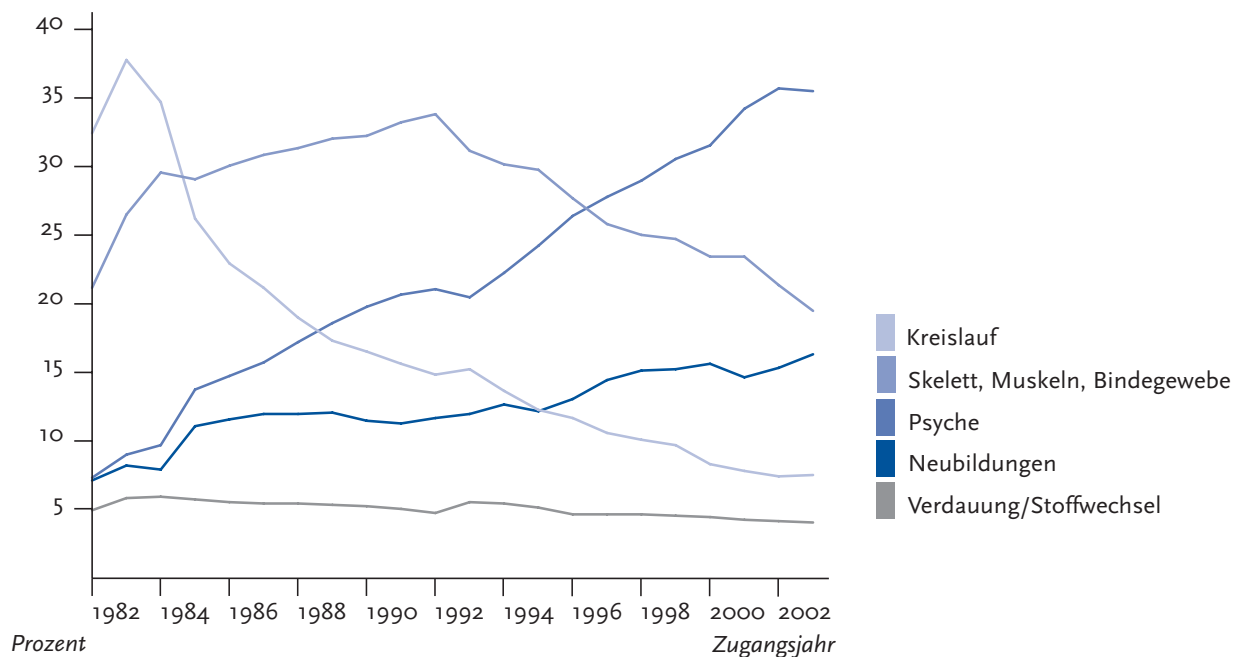


Abbildung 8

Rentenzugang nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen – RV Frauen

(1982–1992: früheres Bundesgebiet; ab 1993: Deutschland)

Quelle: VDR Statistik Rentenzugang



Arbeitsmarktsituation

Auf den Einfluss der Konjunktur und des Arbeitsmarktes wurde bereits hingewiesen. Seit 1976 ist nicht allein das Ausmaß der Erwerbsminderung für die Frühberentung entscheidend, sondern auch die jeweilige individuelle Arbeitsmarktsituation des Versicherten. Diese führt – zusammen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung – häufig zu »arbeitsmarktinduzierter« Frühberentung. In diesen Fällen ist die Berentung nur teilweise als Folge einer Krankheit anzusehen. Der Anteil dieser arbeitsmarktinduzierten Frühberentungen ist auf derzeit rund ein Drittel des Frührentenzugangs angestiegen. Durch die eingangs beschriebene aktuelle Reform des Rechts ab 2001 und die Einführung der Erwerbsminderungsrenten hat sich im Grundsatz daran nichts geändert, jedoch erhält die Rentenversicherung bei arbeitsmarktbedingten Erwerbsminderungsrenten nunmehr eine teilweise Kostenerstattung durch die Bundesagentur für Arbeit.

Individuelle Folgen

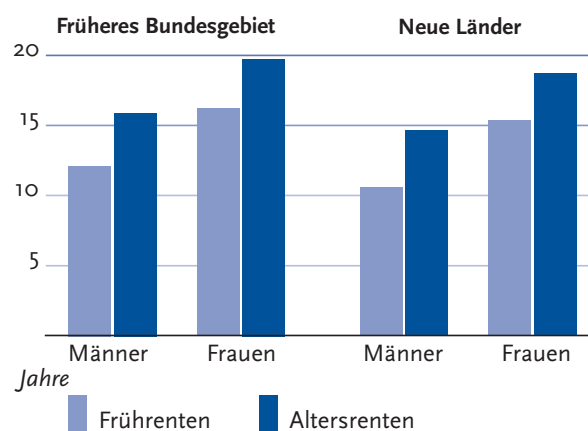
Niedrigere Lebenserwartung von Frührentnern

Die aus gesundheitlichen Gründen mit einer Erwerbsminderung früher aus dem Erwerbsleben ausscheidenden Rentner haben eine deutlich niedrigere Lebenserwartung. Wie Abbildung 9 – für das frühere Bundesgebiet – zu entnehmen ist, liegt die fernere Lebenserwartung von 65-jährigen Frührentnern – im Vergleich zu den übrigen Altersrentnern – sowohl bei Männern (-3,7 Jahre) wie auch Frauen (-3,5 Jahre) deutlich niedriger. Gleiches gilt auch für die neuen Länder (Männer -4,0 Jahre, Frauen -3,4 Jahre). Die Tatsache, dass Frührentner eine niedrigere Lebenserwartung haben ist zunächst plausibel verständlich, denn es handelt sich bei diesem Personenkreis um solche Versicherte, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung eine Rente erhalten. Will man jedoch spezifische Ursachen für die markant niedrigere Lebenserwartung von Frührentnern isoliert benennen, ist dies empirisch bisher nicht umfassend gelungen. Dies liegt daran, dass es sich um langjährige, vielschichtige und sich vielfach im Lebensablauf ändernde Prozesse

handelt, die von den beruflichen – insbesondere körperlichen Belastungen – aber auch weiteren Faktoren hervorgerufen werden. Zu erwähnen ist beispielsweise, dass der Einflussfaktor »soziale Stellung« mit dem Beruf korreliert ist und diese beiden Faktoren ihrerseits einen Erklärungsbeitrag zum gesundheitsbedingten Frühberentungsrisiko und damit zu den hohen bzw. niedrigen Lebenserwartungen von Angestellten und Arbeitern leisten.

Abbildung 9
Fernere Lebenserwartung von Rentnern im Alter von 65 Jahren, 1996/1998

Quelle: Kruse, E (2000)



Höhe der Frührenten

Frührenten sollen als Einkommensersatz für die nicht mehr mögliche Erwerbstätigkeit den Lebensunterhalt sichern. In den alten Bundesländern lag der durchschnittliche Rentenzahlbetrag in der gesetzlichen Rentenversicherung bei den im Jahr 2003 neu hinzu bewilligten Frührenten für Männer bei 703€, für Frauen bei 589€. Betrachtet man die Verteilung der Rentenzugänge nach ihrer Rentenhöhe, ergibt sich, dass etwa 75% aller männlichen Frührentner im früheren Bundesgebiet Renten in Höhe von mindestens 570€ bzw. ebenfalls 75% aller Frührentnerinnen 560€ und mehr als monatliche Rente beziehen. Umgekehrt erhalten nur 25% der Frührentner bzw. Frührenterinnen Erwerbsminderungsrenten die niedriger sind – eine Tatsache, die sich daraus erklärt, dass bei der Rentenberechnung fiktiv eine Weiterversicherung bis zum 60. Lebensjahr (als so genannte »Zurechnungszeit«³) unterstellt wird.

³ bis 2001 bis zum 55. Lebensjahr, wobei die Zeit bis zum 60. Lebensjahr zu einem Drittel berücksichtigt wurde

Auf diesem versicherungstechnischen Weg wird erreicht, dass jedem Versicherten eine angemessene Sicherung gezahlt wird.

Die höheren Renten der Männer sind auf zwei Ursachen zurückzuführen: Männer beziehen im Durchschnitt ein höheres Einkommen als Frauen; sie weisen außerdem in den alten Bundesländern weniger Lücken im Erwerbsleben auf als Frauen und haben damit im Durchschnitt für längere Zeit höhere Beitragszahlungen geleistet.

In den neuen Bundesländern lag der durchschnittliche Zahlbetrag in der GRV bei den im Jahr 2003 neu zugehenden Frührenten für Männer bei 637€, für Frauen bei 646€. Hier haben etwa 75% aller männlichen Rentnern eine Rente von mehr als 530€; die Frührentnerinnen sogar von mehr als 555€. Im Vergleich zu den Männern und anders als in den alten Bundesländern haben Frauen in den neuen Bundesländern wegen ihrer nahezu lückenlosen Erwerbsbiografien Renten in ungefähr gleicher Höhe wie Männer.

Gesellschaftliche Folgen der Frühberentung

Frühberentung in Deutschen Sicherungssystemen

Arbeitnehmer, die durch gesundheitliche Schäden in ihrer Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt sind, scheiden – zeitweilig oder auf Dauer – aus dem Erwerbsleben aus. Sie verursachen damit volkswirtschaftliche direkte und indirekte Kosten, die nicht unmittelbar zu ermitteln sind. Dort, wo Renten in den sozialen Sicherungssystemen aufgrund einer Erwerbsminderung gezahlt werden, lassen sich Kosten in Form der gewährten Rentenzahlungen ermitteln. Die Trends dieser Rentenzahlungen werden im Sozialbudget ausgewiesen und können als grobe Indikatoren für die gesellschaftliche Belastung durch Frühberentung angesehen werden.

Der folgende Abschnitt »Ausgaben für gesundheitsbedingte Frühberentung« bezieht sich auf diese Angaben. Wichtig ist darauf hinzuweisen, dass nicht allein die gesetzliche Rentenversicherung von Kosten für Frühberentung betroffen ist. Auch die weiteren eingangs genannten Sicherungssysteme: Gesetzliche Unfallversicherung, Beamtenversorgung und die Versorgung nach dem Bundesver-

sorgungsgesetz leisten Rentenzahlungen an die jeweils geschützten Personenkreise im Fall gesundheitsbedingter Erwerbsminderung.

Die gewerblichen Berufsgenossenschaften (BGen) sind Träger der *Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV)* in der gewerblichen Wirtschaft. Neben den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand bilden sie den größten Zweig der GUV.

Der Versicherungsschutz der GUV erstreckt sich auf die Prävention, Rehabilitation und Entschädigung von Arbeits- und Wegeunfällen sowie Berufskrankheiten. Arbeitsunfälle sind Unfälle, die Versicherte bei ihrer Arbeit und auf Dienstwegen erleiden. Wegeunfälle sind Unfälle, die sich auf dem Weg zur Arbeit oder zurück ereignen. Berufskrankheiten sind Krankheiten, die in der Berufskrankheiten-Verordnung vom Gesetzgeber als solche bezeichnet sind und die sich der Versicherte durch eine berufliche Tätigkeit zugezogen hat.

Sofern Heilbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen nicht die uneingeschränkte Erwerbsfähigkeit wiederherstellen, zahlt die GUV in der Regel eine Rente. Voraussetzung dafür ist eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) durch Arbeitsunfall, Wegeunfall, oder eine Berufskrankheit von mindestens 20%. Die Entschädigung erfolgt nach einem relativ komplizierten Schadensermittlungsprinzip. Die Höhe der Rente richtet sich dabei nach mehreren Faktoren. Entscheidend sind der Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit und der Jahresarbeitsverdienst. Im Grundsatz richtet sich die MdE dabei danach, wie sehr (in %) die in Folge eines Versicherungsfalles eingetretene Minderung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens eines Versicherten seine Arbeitsmöglichkeit einschränkt.

Der geschützte Personenkreis der GUV umfasst alle abhängig Beschäftigten sowie darüber hinaus weitere besondere Personenkreise wie Schüler, Studenten, Kinder im Kindergarten und Rehabilitanden. Im Jahr 2003 waren allein in der GUV der gewerblichen Wirtschaft rund 3 Mio. Unternehmen mit insgesamt 54 Mio. Versicherten zu zählen.

Im Rahmen der Beamtenversorgung werden bei Dienstunfähigkeit in Folge von Krankheit oder Dienstunfall Ruhegehälter gewährt. Ein Beamter

ist dienstunfähig, wenn er wegen seines körperlichen Zustandes oder aus medizinischen Gründen zur Erfüllung seiner Dienstpflichten dauernd unfähig (dienstunfähig) ist, oder wenn er krankheitsbedingt innerhalb von sechs Monaten mehr als drei Monate lang keinen Dienst ausüben konnte und keine Aussicht besteht, dass die Dienstfähigkeit innerhalb weiterer sechs Monate wieder eintritt. Im Jahr 2002 waren bei den Gebietskörperschaften rund 1,5 Mio. Beamte beschäftigt. Im gleichen Jahr sind 34.050 Beamte in den Ruhestand getreten, worunter 10.366 Personen aufgrund einer Dienstunfähigkeit waren. Das Durchschnittsalter bei Dienstunfähigkeit lag bei 55,9 Jahren, wobei insbesondere im mittleren und einfachen Dienst ein früherer Rentenzugang im Alter von 53,8 Jahren zu verzeichnen war.

Ausgaben für gesundheitsbedingte Frühberentung

Für das Jahr 2003 werden die Sozialausgaben in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt im Sozialbudget mit rund 696 Milliarden € ausgewiesen. Davon werden 2,9 % für gesundheitsbedingte Frührenten ausgegeben. Das ist eine Summe von rund 20,4 Milliarden € jährlich. Bezogen auf rund 50,2 Millionen Einwohner im Alter von 21 bis unter 65 Jahren ist dies ein Betrag von rund 400 € je Person im Jahr. Die Kosten für die krankheitsbedingten Frührenten werden von verschiedenen Institutionen getragen. Abbildung 10 zeigt, dass die gesundheitsbedingten Erwerbsminderungs-

renten der Rentenversicherung mit 60,1 % des Ausgabenvolumens den größten Anteil neben der Beamtenversorgung mit einem Anteil von 15,3 % haben. Bei der Unfallversicherung haben gesundheitsbedingte Renten einen Anteil von 11,4 % aller gezahlten Leistungen. Im Bereich der betrieblichen Zusatzversorgung (Privatwirtschaft und Öffentlicher Dienst) liegt der Anteil bei 11,5 %.

In Abbildung 11a ist die Entwicklung des *Ausgabenvolumens im Zeitablauf* ausgewiesen. Erkennbar sind stetige Ausgabensteigerungen bis zum Jahr 1990. In den Jahren der Wiedervereinigung von 1990 bis 1994 sind bemerkenswerte Steigerungen im Ausgabenvolumen zu erkennen. Diese sind mit den im Zuge der Wiedervereinigung erforderlichen Anpassungen, insbesondere auch der Arbeitsmarktlage und der Konjunktur zu begründen. Seit Mitte der neunziger Jahre haben sich die jährlichen Ausgabensteigerungen verringert; im Jahr 2003 ist ein Ausgabenrückgang zu verzeichnen.

Betrachtet man den Anteil der Ausgaben für Frühberentung am jeweiligen Sozialbudget ist – aus Abbildung 11b erkennbar – in den letzten Jahren sogar ein deutlich rückläufiger Trend für den relativen Aufwand im Sozialbudget zu erkennen. Bezogen auf den Gesamtzeitraum seit 1980 ist der Ausgabenanteil für gesundheitsbedingte Frührenten am Sozialbudget von ursprünglich 2,7 % (1980) auf zeitweilig rund 3,3 % (1993 bis 1998) gestiegen, wobei hier die deutsche Wiedervereinigung einen Erklärungshintergrund bildet. Festzustellen ist für die letzten Beobachtungsjahre, dass im Vergleich zu den 1980er Jahren der Aufwand für gesundheitsbedingte Frühberentung relativ

Abbildung 10

Ausgaben der Institutionen für gesundheitsbedingte Frührenten 2003; 20,4 Mrd. Euro

Quelle: Sozialbudget 2003

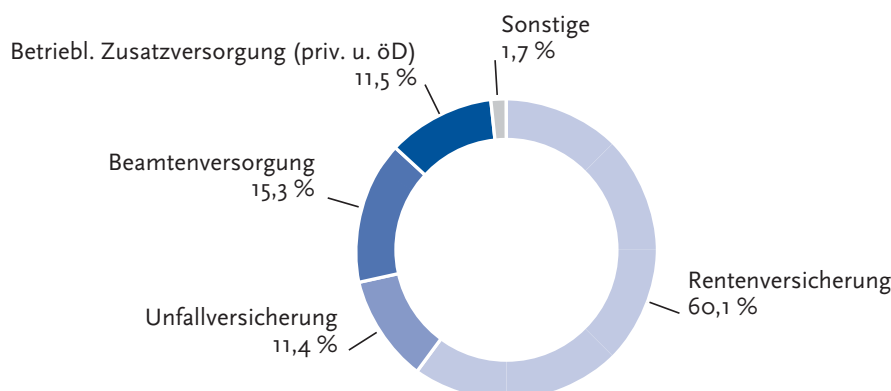


Abbildung 11a

Ausgaben für gesundheitsbedingte Frührenten in den Versicherungssystemen in Mio. Euro

Quelle: Sozialbudget 2003

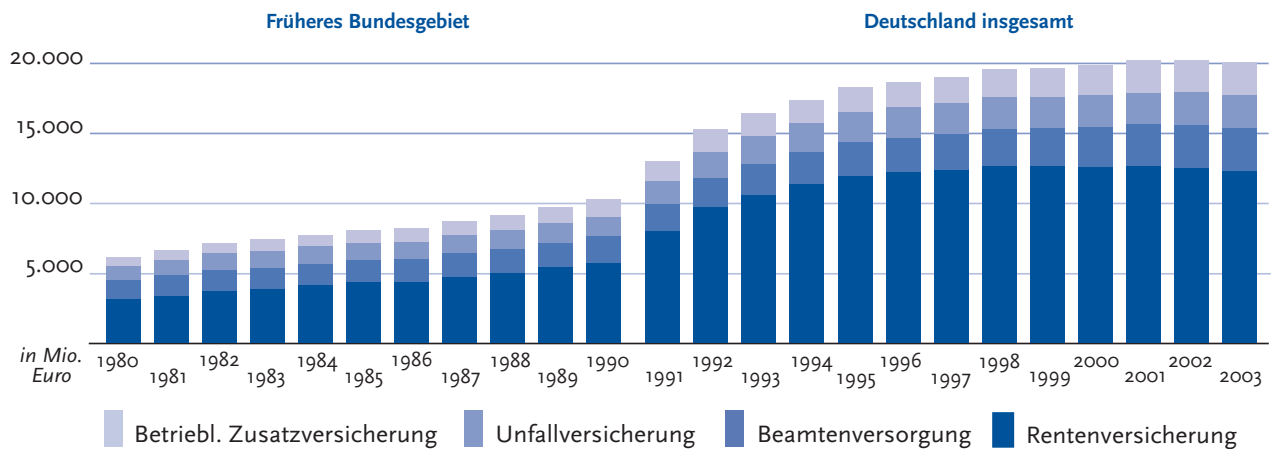
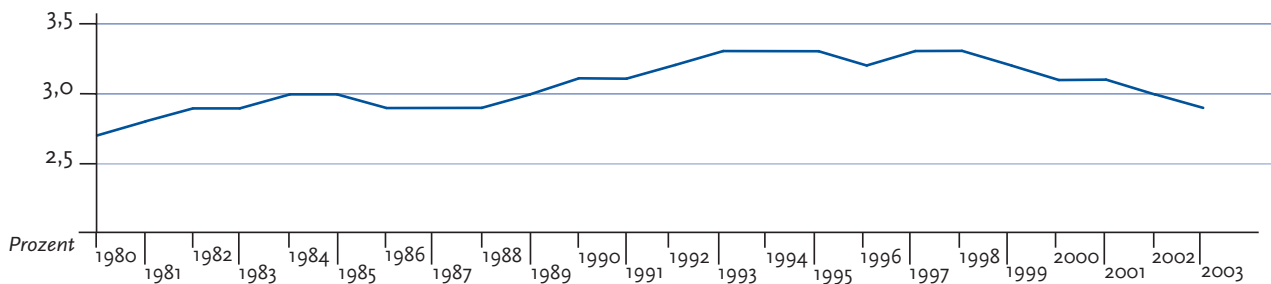


Abbildung 11b

Anteil der Ausgaben für gesundheitsbedingte Frührenten am Sozialbudget

Quelle: Sozialbudget 2003



höher war, dabei einen abnehmenden Trend aufweist. Dieser rückläufige Trend ergibt sich auch aus der für diese Jahre niedrigeren Berentungsintensität bei der Rentenversicherung. Der aktuelle Anteil für gesundheitsbedingte Frührenten am Sozialbudget für 2003 liegt mit 2,9 % etwa auf dem Niveau der achtziger Jahre. Trotz der gebremsten Ausgaben für gesundheitsbedingte Frühberentung ist dem Thema wegen der demografisch bedingten zukünftigen Alterung der Erwerbsbevölkerung weiterhin Beachtung zu schenken. Betroffen und aufgefordert, das Frühberentungsrisiko und die damit verbundenen Kosten zu senken, sind sowohl die Träger der Prävention und Gesundheitserziehung, wie auch die Versicherten

selbst, die Arbeitgeber und die Renten leistenden Institutionen. Ziel muss sein, den allgemeinen Gesundheitsstand der Bevölkerung zu verbessern und die Risiken für arbeitsbedingte Erkrankungen weiter zu reduzieren oder zu vermeiden. Dazu ist das Gesundheitsbewusstsein aller Beteiligten zu fördern. Insbesondere sollte Erwerbsminderung durch Prävention und rechtzeitige Rehabilitation entgegen gewirkt werden, um die mit Frühberentungen verbundenen volkswirtschaftlichen Kosten zu senken. Schließlich unterstreicht die Tatsache, dass aus gesundheitlichen Gründen Erwerbsgeminderte eine deutliche niedrigere Lebenserwartung haben, die gesundheitspolitische Bedeutung der Frühberentung.

Literatur und Quellen

1. Behrend C (1994) Frühinvalidität in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Problemüberblick. In: Behrend C (Hrsg) Frühinvalidität – ein Ventil des Arbeitsmarkts. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin
2. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bildung und Wissen Verlag und Software GmbH (2006) (Hrsg) Übersicht über das Sozialrecht
3. Bundesministerium für Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens; Schriftenreihe des Bundesministeriums, Band 122 (1999)
4. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Sozialbudget 2003
www.bmg.bund.de
www.bmas.bund.de
5. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (2003) Gesundheitsziele.de. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland
6. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften: Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2003, St. Augustin 2004
7. Kruse E (2000) Sterblichkeit und ferne Lebenserwartung von Versichertenrentnern der gesetzlichen Rentenversicherung – Aktuelle Ergebnisse einer Sterbetafelberechnung für 1996/1998, DRV 3–4/2000
8. Kruse E (2001) Rentenrechtliche Änderungen und Rentenzugangsentscheidungen. In: Barkholdt C (Hrsg) Prekärer Übergang in den Ruhestand. Westdeutscher Verlag, Opladen
9. Müller-Fahrnow W, Klosterhuis H (1994) Beendigung des Erwerbslebens bei pflichtversicherten Angestellten – neue sozialepidemiologische Ergebnisse aus der Reha-Verlaufsstatistik der BfA. In: Behrend C (Hrsg) Frühinvalidität – ein Ventil des Arbeitsmarkts. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin
10. Rehfeld U, Scheitl U (1991) Sterblichkeit und fernere Lebenserwartung von Rentnern in der gesetzlichen Rentenversicherung – Aktuelle Ergebnisse für 1986/1988 und Bilanz zum bisherigen Untersuchungsstand, DRV 4–5/1991
11. Rehfeld U (1998) Die Auswirkungen von Rechtsänderungen auf den Rentenzugang, Sozialer Fortschritt 11/1998, S 260–265
12. Rehfeld U (1994) Zur Quantitativen Entwicklung des Frühberentungsgeschehens in der Bundesrepublik Deutschland. In: Behrend C (Hrsg) Frühinvalidität – ein Ventil des Arbeitsmarkts. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin
13. Sozialbericht 2001, Teil B: Sozialbudget 2001
www.bmas.bund.de
14. Statistisches Bundesamt (1998) Gesundheitsbericht für Deutschland, Kapitel 3.8 Frühberentung, Wiesbaden
15. Statistisches Bundesamt (2003) Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern. Statistisches Bundesamt
www.destatis.de
16. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg) (2004) Sozialrecht. Handbuch für berufliche Bildung und Praxis in der gesetzliche Rentenversicherung. Ausgabe 2004/5. wdv Gesellschaft für medien und Kommunikation, Bad Homburg
17. Deutsche Rentenversicherung Bund. Rentenversicherung in Zeitreihen
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de
18. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg) (2004) VDR Statistik Rentenzugang des Jahres 2003. Frankfurt am Main
19. Zweiter Versorgungsbericht der Bundesregierung vom 18.09.2001.
www.bmi.bund.de

Internetquellen

www.bmas.bund.de
www.destatis.de
www.gbe-bund.de
www.hvbg.de
www.rki.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Dr. Cornelia Lange, Dr. Thomas Ziese
Seestraße 10
13353 Berlin

Autor

Uwe G. Rehfeld
Deutsche Rentenversicherung Bund
Leiter des Geschäftsbereichs
Forschung, Entwicklung, Statistik
Berlin

Abonnentenservice

Die Hefte »Gesundheitsberichterstattung des
Bundes« können im Jahresabonnement
oder als einzelne Hefte bezogen werden.

E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de/GBE
Tel.: 018 88. 754-34 00
Fax: 018 88. 754-35 13

Satz

Gisela Winter
Robert Koch-Institut

Druck

Oktoberdruck, Berlin
gedruckt auf PROFIsilk, tcf

ISBN

3-89606-169-0

ISSN

1437-5478

Die politische und finanzielle Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt beim Bundesministerium für Gesundheit.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt

Heft 30

Mai 2006

Gesundheitsbedingte Frühberentung

Berlin: Robert Koch-Institut

ISBN 3-89606-169-0

ISSN 1437-5478

In 2003, about 100,000 men and 74,000 women were awarded a pension due to partial disability. Comparing these figures with the number of people in regular employment shows that male and female wage-earners have a greater risk of being forced into early retirement than male and female salary-earners. Whereas nine female and seven male wage-earners per 1000 insurance policyholders retired early, the figures among salary-earners were four women and three men per 1000 (western Germany). In eastern Germany, six male and almost seven female wage-earners per 1000 policyholders were awarded a new pension because of partial disability; among salary-earners it was four women and four men per 1000. The average retirement age among women was 49.3 (western Germany) and 48.8 (eastern Germany); among men it was 50.9 (western Germany) and 49.8 (eastern Germany). Although chronic diseases remain the most common cause of early retirement, the relative frequency of the various groups of diseases has changed since the nineteen-eighties. For example, among both men and women the percentage of early retirements caused by circulatory disorders has fallen sharply during this period, while the prevalence of muscular and skeletal problems rose and peaked in the mid-1990s and has been falling again since then. In 2003, mental illnesses were the most frequent cause of early retirement: this was the diagnosis of 24% of male and 35% of female early retirees. Malignant tumours have also been on the increase as a cause of early retirement among both women and men.

In 2003, €20.4 billion was spent on pensions for people who had retired early because of ill-health – that is 2.9% of the entire social welfare budget. Timely prevention and rehabilitation can reduce the risk of disability and thus make a contribution towards reducing the individual and societal consequences of health-related early retirement.

Rund 100.000 Männer und 74.000 Frauen erhielten im Jahr 2003 aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit neu eine Rente. Bezogen auf die aktiv Versicherten zeigt sich, dass Arbeiter und Arbeiterinnen höhere Frühberentungsrisiken tragen als männliche und weibliche Angestellte: Während etwa neun Arbeiterinnen und sieben Arbeiter pro 1.000 Versicherte früh berentet wurden, waren es bei den Angestellten vier Frauen und drei Männer (früheres Bundesgebiet). In den neuen Ländern erhielten sechs Arbeiter und fast sieben Arbeiterinnen pro 1.000 Versicherte sowie je vier angestellte Frauen und Männer neu eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Das Durchschnittsalter bei Renteneintritt betrug bei Frauen 49,3 (früheres Bundesgebiet) und 48,8 Jahre (neue Länder), bei Männern 50,9 (früheres Bundesgebiet) und 49,8 Jahre (neue Länder). Die häufigsten Gründe für vorzeitige Berentung sind nach wie vor chronische Krankheiten. Der Anteil der verschiedenen Krankheitsgruppen hat sich aber seit den 1980er Jahren verändert: So ist bei Frauen wie Männern der Anteil der Kreislauferkrankungen an den Frühberentungen stark gesunken; im gleichen Zeitraum stieg der Anteil der Muskel- und Skeletterkrankungen bis Anfang der 1990er Jahre und sinkt seither wieder. Am häufigsten wurden Männer wie Frauen im Jahr 2003 wegen psychischer Krankheiten früh berentet. Bei Männern trugen diese Diagnosen zu 24 Prozent, bei Frauen zu 35 Prozent zu den Frühberentungen bei. Ebenfalls angestiegen sind bei Frauen wie Männern Frühberentungen aufgrund bösartiger Neubildungen.

Im Jahr 2003 wurden für gesundheitsbedingte Frührenten 20,4 Milliarden Euro ausgegeben, das sind 2,9 Prozent des gesamten Sozialbudgets. Rechtzeitige Prävention und Rehabilitation können das Risiko der Erwerbsminderung senken und damit einen Beitrag zur Reduktion der individuellen und gesellschaftlichen Folgen gesundheitsbedingter Frühberentung leisten.

