

**GESCHLECHTSSPEZIFISCHE ANALYSE
DER FRÜHBERENTUNG
IM FREISTAAT THÜRINGEN**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

doctor medicinae (Dr. med.)

**vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Schiller-Universität Jena**

**von Friederike Rühling
geboren am 30.6.1973 in Weimar**

Gutachter:

- 1. Prof. Dr. Rainer Schiele, Jena**
- 2. Prof. Dr. Ulrich Smolenski, Jena**
- 3. Prof. Dr. Dr. Richard Kessel, Lübeck**

Tag der öffentlichen Verteidigung: 02.07.2007

Abkürzungsverzeichnis

Anm.	Anmerkung
AnV	Angestelltenrentenversicherung
Art.	Artikel
ArV	Arbeiterrentenversicherung
AU	Arbeitsunfähigkeit
BU	Berufsunfähigkeit
ca.	circa
DDR	Deutsche Demokratische Republik
d. h.	das heißt
DM	Deutsche Mark
DRV	Deutsche Rentenversicherung (Schriften des VDR)
EU	Erwerbsunfähigkeit
h	Stunde
Hrsg.	Herausgeber
ICD	International classification of diseases
IQPR	Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation
KI	95%- Konfidenzintervall
LVA	Landesversicherungsanstalt
mind.	mindestens
M	Mark
o. g.	oben genannt
OR	Odds ratio
PRVE	Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung
Reha	Rehabilitationsmaßnahmen
RRG	Rentenreformgesetz
RÜG	Rentenüberleitungsgesetz
RV	Rentenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
s. a.	siehe auch
s. o.	siehe oben
s. u.	siehe unten
Tab.	Tabelle
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
z. B.	zum Beispiel
ZNS	Zentralnervensystem
z. T.	zum Teil

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 Zusammenfassung	1
2 Einleitung	3
3 Zielstellung	9
4 Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit	10
4.1. Geschichte der Rentenversicherung	10
4.2. Wichtige Rentengesetze der letzten Jahre, speziell für BU-/EU-Renten	11
4.3. Wichtige Begriffe/Definitionen zur Berufs- und Erwerbsunfähigkeit	12
4.3.1. Anspruchsvoraussetzungen	13
4.3.2. Berufsunfähigkeit	13
4.3.3. Zumutbarkeit	14
4.3.4. Erwerbsunfähigkeit	15
4.3.5. Invalidenrente	16
4.3.6. Invalidenrente für Behinderte	16
4.3.7. Bedeutung des Arbeitsmarktes	16
4.3.8. Zeitrente	17
4.4. Neuregelungen der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten ab 1.1. 2001	17
4.5. Entstehung von Berufs- und Erwerbsunfähigkeit	20
5. Material und Methoden	22
5.1. Datengrundlage der Arbeit	22
5.2. Variablen	22
5.3. Auswertungsschritte	27
6. Ergebnisse	29
6.1. Gebiet	29
6.2. Alter	31
6.3. Diagnose	36
6.3.1. Diagnoseklassen	36
6.3.2. Diagnoseunterklassen	44
6.3.3. Diagnosen	48
6.4. Kinder	51
6.5. Familienstand	52
6.6. Leistungsart	53
6.7. Zeitrente	53

6.8.	Vorausgegangene Arbeitsunfähigkeit	55
6.9.	Arbeit vor Antragstellung	56
6.10.	Arbeitsmarktlage	57
6.11.	Rehabilitationsmaßnahmen	58
6.12.	Beruf	60
6.13.	Versicherungsstatus Vorjahr	61
7.	Diskussion	63
7.1.	Gebiet und Jahrgang	65
7.2.	Alter	69
7.3.	Diagnose	71
7.3.1.	Diagnoseklassen	71
7.3.2.	Diagnoseunterklassen	73
7.3.3.	Diagnosen	74
7.4.	Kinder	77
7.5.	Familienstand	77
7.6.	Rentenart	79
7.7.	Zeitrente	81
7.8.	Vorausgegangene Arbeitsunfähigkeit	82
7.9.	Arbeit vor Antragstellung	82
7.10.	Arbeitsmarktlage	83
7.11.	Rehabilitationsmaßnahmen	85
7.12.	Beruf	88
8.	Schlussfolgerungen	90

Literaturverzeichnis

Anhang

1. Tabellenverzeichnis

Nr.	Titel	Seite
1	Diagnoseklassen nach ICD 9	24
2	Einteilung Arbeitsmarktlage durch LVA	25
3	Berufsklassen	26
4	Verteilung der Daten auf die einzelnen Gebiete und entsprechenden Jahre	29
5	Aktiv Versicherte LVA Thüringen und Frührentenzugänge (‰)	29
6	Verteilung nach Region, Jahr und Geschlecht	30
7	Aktiv Versicherte LVA Thüringen und Frührentenzugänge (‰) nach Geschlecht	30
8	Anzahl und Frühberentungsinzidenzen nach Gebiet und Geschlecht	31
9	Alter bei Rentenbeginn	32
10	Alter bei Rentenbeginn in 5-Jahres-Altersgruppen nach Geschlecht	35
11	Diagnoseklassen nach Geschlecht	38
12	Alter bei Rentenbeginn (Mittelwert, Median) für einzelne Diagnoseklassen	39
13	Mittelwert und Median des Berentungsalters der Diagnoseklassen nach Geschlecht	42
14	Diagnoseunterklassen insgesamt	45
15	Häufigste Diagnoseunterklassen nach Geschlecht	46
16	Häufigste Diagnoseunterklassen- Odds ratios	47
17	Häufigste Frühberentungsdiagnosen insgesamt	49
18	Häufigste Frühberentungsdiagnosen nach Geschlecht	50
19	Alter bei Rentenbeginn und Kinderzahl (nur Frauen)	52
20	Familienstand	52
21	Leistungsart	53
22	Zeitrente	53
23	Zeitrente und Diagnoseklassen	54
24	Zeitrente und Rentenart	55
25	Vorausgegangene Arbeitsunfähigkeit	55
26	Arbeit vor Antragstellung	57
27	Arbeitsmarktlage	58
28	Arbeitsmarktlage in Bezug zum Gebiet	58

29	Rehabilitationsmaßnahmen innerhalb der letzten fünf Jahre vor Rentenbeginn, gewährt wegen der als Ursache der Rentengewährung angegebenen Diagnose	59
30	Maßnahmen zur Rehabilitation vor Rentenbeginn	60
31	Berufsklasse	61
32	Versicherungsstatus Vorjahr, Stichtag 31.12. des Jahres vor Beginn Leistungsfall	62
33	Arbeitslosenquoten	65
34	Frühberentungsinzidenzen für Städte und Landkreise in Thüringen 1998	66
35	Frühberentungsinzidenzen Thüringen 1998	66
36	Frühberentungsinzidenzen Deutschland im Zeitverlauf; RV gesamt, ArV, AnV, KnV	67
37	Frührentenzugänge (‰) RV insgesamt	68
38	Abhängigkeit der Rente vom Arbeitsmarkt in Bezug zum Jahrgang	68
39	Mittleres Berentungsalter 1996 und 1997	69
40	Anteil der Frührenten aufgrund von „Neurosen, Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien) und anderen nicht psychotischen psychischen Störungen“ (ICD 300-316) an allen Frührenten der entsprechenden Altersklassen	76
41	Prozentuale Verteilung nach Altersklassen und Geschlecht	78
42	Anteil der Verheirateten in Prozent nach Alter und Geschlecht	79
43	Leistungsart der Rente 1996/1997 nach Geschlecht	81
44	Rente in Abhängigkeit vom Arbeitsmarkt nach Geschlecht	84

2. Abbildungsverzeichnis

Nr.	Titel	Seite
1	Alter bei Rentenbeginn	31
2	Häufigkeit der Frühberentung nach Alter bei Rentenbeginn und Geschlecht	33
3	Alter bei Rentenbeginn in 5-Jahres-Altersgruppen	35
4	Diagnoseklassen insgesamt	36
5	Diagnoseklassen nach Geschlecht	37
6	Gesamtverlust an Erwerbsjahren	40
7	Alter bei Rentenbeginn für die vier häufigsten Diagnoseklassen insgesamt	41
8	Alter bei Rentenbeginn für die vier häufigsten Diagnoseklassen nach Geschlecht	43
9	Gesamtverlust an Erwerbsjahren nach Geschlecht	44
10	Kinder, für die Erziehungszeiten zu berücksichtigen sind (nur Frauen)	51

3. Tabellenanhang

- A1 Frühberentungsinzidenzen für Thüringen im Zeitverlauf, RV gesamt
- A2 Frühberentungsinzidenzen für Neue und Alte Bundesländer im Zeitverlauf, RV gesamt
- A3 Anteil der Frührentenzugänge an allen Neuzugängen der Versichertenrenten (in Prozent)
- A4 Anteil der Frührenten am Rentenbestand (in Prozent)
- A5 Diagnoseunterklassen, Frauen
- A6 Diagnoseunterklassen, Männer
- A7 Vorausgegangene Arbeitsunfähigkeit und Diagnoseklassen
- A8 Arbeit vor Antragstellung und Berufsklasse
- A9 Mittleres Berentungsalter für Erwerbsminderungsrenten nach Geschlecht, nur ArV
- A10 Frührentenzugänge 1996 und 1997 nach Altersklassen, RV gesamt
- A11 Prozentualer Anteil der vier häufigsten Diagnoseklassen am Rentenzugang wegen Erwerbsminderung im Zeitverlauf, nur ArV
- A12 Leistungsart im Zeitverlauf nach Geschlecht, alte und neue Bundesländer, RV gesamt
- A13 Anteil der wegen der Arbeitsmarktlage gewährten Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten, alte Bundesländer, nur ArV

1. Zusammenfassung

Erwerbsminderung, Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit sind seit einigen Jahren Forschungsthema des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin in Jena. Dabei steht die geschlechtsspezifische Betrachtung dieser Themen im Vordergrund. In dieser Untersuchung wurden Daten aller 1996 und 1997 erstmals aufgrund von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit berenteten Personen aus zwei Städten und zwei Landkreisen Thüringens (Jena Stadt, Gera Stadt, Saale-Orla Kreis, Landkreis Saalfeld-Rudolstadt) ausgewertet und analysiert. Die wichtigsten Parameter sind Alter, Diagnose, Rentenart, Zeitrente, Rente in Abhängigkeit vom Arbeitsmarkt, Maßnahmen zur Rehabilitation und Beruf. Auch hier steht die geschlechtsspezifische Analyse im Mittelpunkt. Erwerbsminderungsrenten verursachen beträchtliche Kosten für die Rentenversicherungsträger, da auf der einen Seite durch das frühere Berentungsalter Beitragsausfälle entstehen und auf der anderen Seite längere Zeit Renten gezahlt werden müssen. Vor dem Hintergrund der Überalterung unserer Gesellschaft wird sich das Problem der Frühberentung weiter verstärken. Dies hat dazu geführt, dass Entstehung und Verhinderung von Erwerbsminderung in den 80er und 90er Jahren verstärkt erforscht worden sind. Dabei wurde deutlich, dass der Prävention von gesundheitlichen Einschränkungen verstärkt Aufmerksamkeit gewidmet werden muss. Aber auch das Rehabilitationsgeschehen sollte sowohl quantitativ als auch qualitativ, vor allem in Hinblick auf eine gezielte berufliche Förderung und eine zeitigere Zuweisung zu Rehabilitationsmaßnahmen, verbessert werden. Des Weiteren wurde der Gesetzgeber aufgefordert, die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu verändern. Dies ist mit der Rentenreform von 1999 zum 01.01.2001 geschehen. Es zeigt sich, dass die Zahl der Frühberentungen seitdem zurückgeht. Zusätzlich zur geschlechtsspezifischen Analyse wurden die Daten mit den Ergebnissen anderer Studien und den Rentenstatistiken des VDR verglichen. Dabei stehen insbesondere Unterschiede und Gemeinsamkeiten von altem und neuem Bundesgebiet im Mittelpunkt der Auswertung. Insgesamt sind 1579 Datensätze der LVA Thüringen mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS ausgewertet worden. Zunächst erfolgte die allgemeine Analyse der Variablen, aufgrund deren Skalenniveau war diese im wesentlichen deskriptiv. In der dann folgenden geschlechtsspezifischen Betrachtung wurden die Ergebnisse mithilfe des Chi-Quadrat-Tests und der Odds Ratios auf Signifikanz überprüft. 587 (37,2 %) Personen sind weiblichen, 992 (62,8 %) männlichen Geschlechts. In den beiden Städten sind insgesamt 635 (40,2 %) Personen frühberentet worden, in den beiden Landkreisen waren es 944 (59,8 %). Für Frauen ergibt sich eine höhere Frühberentungsinzidenz. Der Mittelwert des Berentungsalters ist bei den Frauen mit 48,8 Jahren minimal niedriger als bei den Männern

mit 48,9 Jahren. Der Median des Alters liegt für Frauen und Männer bei 53 Jahren. Für beide Geschlechter ergeben sich die gleichen vier häufigsten Diagnoseklassen, nur die Reihenfolge variiert zwischen Frauen und Männern. Bei Frauen stehen an erster Stelle Erkrankungen des Bewegungsapparates (26,4 %), es folgen psychiatrische Erkrankungen (21,1 %), Neubildungen (15,0 %) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (11,2 %). Psychiatrische Erkrankungen sind mit 20,2 % bei den Männern häufigste Frühberentungsdiagnose, gefolgt von Erkrankungen des Bewegungsapparates (18,2 %), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (15,3 %) und Neubildungen (12,7 %). Beim Vergleich der mittleren Berentungsalter und der Berechnung des Gesamtverlusts an Erwerbsjahren für die einzelnen Diagnoseklassen wird die herausragende Bedeutung der Diagnoseklasse „Psychiatrische Erkrankungen“ durch das mit 45 Jahren relativ geringe mittlere Berentungsalter deutlich. Bei der Auswertung der Einzeldiagnosen ergibt sich für die Männer als häufigste Frühberentungsdiagnose „Alkoholabhängigkeit“ mit immerhin 5,8 % der männlichen Berentungsfälle, es folgen „Intervertebrale Diskopathien“ (4,4 %) und „Arthrosen und entsprechende Affektionen außer Wirbelsäule“ (4,3 %). Die häufigsten Diagnosen der Frauen sind „Arthrosen und entsprechende Affektionen außer Wirbelsäule“ (7,5 %), „Bösartige Neubildungen der weiblichen Brustdrüse“ (5,1 %) und „Intervertebrale Diskopathien“ (3,7 %). Bei beiden Geschlechtern ist die überwiegende Rentenart eine Erwerbsunfähigkeitsrente (Frauen 90,3 %, Männer 82,6 %), wobei Frauen im Vergleich mit den Männern signifikant häufiger Renten wegen Erwerbsunfähigkeit und seltener wegen Berufsunfähigkeit gewährt worden sind. Des Weiteren haben Frauen häufiger als Männer zunächst eine Rente auf Zeit erhalten. Bei beiden Geschlechtern sind ca. 40 % der Renten arbeitsmarktbedingt. Wie auch in anderen Untersuchungen festgestellt worden ist, hat die Mehrheit der FrührentnerInnen vor Berentung keine Maßnahmen zur Rehabilitation erhalten, dies betrifft die Männer mehr als die Frauen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung entsprechen in weiten Teilen den Ergebnissen anderer Auswertungen und den Rentenstatistikdaten des VDR. Abweichungen sind meist auf Besonderheiten zwischen neuem und altem Bundesgebiet zurückzuführen, da sich viele der älteren Arbeiten auf die alten Bundesländer beziehen. Unterschiede zwischen Frauen und Männern sind bei vielen Variablen zu erkennen, wenn auch nicht immer so deutlich, wie erwartet worden ist.

2. Einleitung

Die Analyse von Erwerbsminderung, Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit als Folge von akuten oder chronischen Erkrankungen oder von Unfällen ist in den letzten Jahren ein wesentlicher Forschungsschwerpunkt des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Friedrich-Schiller-Universität Jena gewesen. Dabei wurden immer wieder Unterschiede zwischen Frauen und Männern ermittelt. Diese Untersuchung beschäftigt sich mit dem Thema Erwerbsminderung und stellt dabei die geschlechtsspezifische Auswertung der Daten in den Vordergrund.

Eine wesentliche Aufgabe der Rentenversicherung ist die Zahlung von Renten. Diese werden als Altersrenten, als Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder im Todesfall der Versicherten als Witwen- oder Waisenrenten gezahlt. Altersrenten erfüllen die Aufgabe einer Lohnersatzleistung für die Versicherten, die aus Altersgründen aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Renten wegen Erwerbsunfähigkeit haben ebenfalls die Aufgabe einer Lohnersatzleistung. Bei reiner Berufsunfähigkeit wird die Rente als Zuschuss zum durch die Leistungseinschränkung gemindertem Einkommen gesehen. Deswegen sind sie auch niedriger als Erwerbsunfähigkeitsrenten. Seit dem 01.01.2001 sind Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrenten durch Renten wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung ersetzt worden. Rentenzahlungen nach dem Tod von Versicherten an Kinder oder Ehepartner sollen den Unterhaltsverlust ausgleichen, der für unterhaltsberechtigten Personen durch den Tod entstanden ist. Eine weitere wesentliche Aufgabe der Rentenversicherungen ist die Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen, die dem Erhalt oder der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit dienen.

Renten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit haben in vielfacher Hinsicht große Bedeutung. Dies gilt nicht nur für die Rentenversicherungsträger, sondern für das gesamte Gesundheits- und Sozialsystem. In der ehemaligen DDR wurden prozentual weniger Personen frühberentet als in den alten Bundesländern (Rehfeld 1994). Dies hat sich inzwischen geändert. Im folgenden soll kurz die Entwicklung der letzten Jahre beschrieben werden. Die Frühberentungsinzidenzen sind sowohl in Thüringen, als auch in den neuen Ländern insgesamt und ebenso im alten Bundesgebiet in den letzten Jahren gesunken (siehe Tab. A1 und A2). Anders sieht es aus, betrachtet man den Anteil, den Frührentenzugänge an allen Rentenzugängen haben. Dieser lag im bundesdeutschen Durchschnitt 1996 und 1997 bei 24,7 % bzw. 24,0 %. Für Gesamtdeutschland zeichnet sich inzwischen ein rückläufiger Trend ab. Dieser Rückgang

ist für das Land Thüringen nicht zu erkennen. In der ersten Hälfte der 90iger Jahre lag der Frührentenanteil in Thüringen unter dem Bundesdurchschnitt. 1996 entsprach er mit 25,0 % und 1997 mit 24,1 % in etwa dem bundesdeutschen Durchschnitt, die Zahlen für die folgenden Jahre liegen jedoch darüber. Dies entspricht der generellen Lage in den neuen Bundesländern. Der Unterschied wird noch deutlicher, stellt man die alten Bundesländer den neuen gegenüber. Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt Tab. A3 .

Der Anteil am Rentenbestand ist für Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in den neuen Bundesländern ebenfalls höher als im Bundesdurchschnitt. Noch klarer zeigt sich auch hier der Unterschied bei Gegenüberstellung der neuen und alten Bundesländer, die mittlere Differenz beträgt 2,7 %. Der Unterschied ist in den letzten Jahren besonders deutlich (Tab. A4). Inwieweit sich diese Zahlen langfristig nach Wegfall der arbeitsmarktbedingten Erwerbsminderungsrenten angleichen werden, wird sich zeigen.

Scheidet eine Person vorzeitig aus dem Erwerbsleben aus, so entstehen für die Rentenversicherungen Beitragsausfälle und die Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente muss gezahlt werden. Dies führt zu immensen Kosten für die Rentenversicherungsträger sowie das gesamte Sozialversicherungssystem (Rehfeld 1994). Die Altersgruppe mit dem höchsten Anteil an FrührentnerInnen war bisher die der 55-59-Jährigen. Rückläufige Geburtenzahlen und steigende Lebenserwartung bewirken eine zunehmende Überalterung der Gesellschaft (Menrad 1994, Böhm et al. 1996, Statistisches Bundesamt 2006). Seit 1972 werden in Deutschland weniger Kinder geboren als Menschen sterben (Bundesminister für Gesundheit 1997). Von diesen Problemen ist der Osten Deutschlands in besonderem Maße betroffen, da der Geburtenrückgang hier sehr deutlich ist und als erschwerendes Problem die Migration der jüngeren Generation in die alten Bundesländer hinzukommt. Durch die demographische Entwicklung wurde es notwendig, der Tendenz zur vorzeitigen Berentung entgegenzuwirken. Dazu erfolgten in den letzten Jahren eine Reihe von Reformen mit dem Ziel, das Rentenzugangsalter für vorgezogene Altersrenten anzuheben. So wurde z. B. das Rentenzugangsalter für Frauen auf 65 Jahre angehoben, die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit wurde abgeschafft (VDR 2002). Bei vorzeitiger Berentung müssen Rentenabschläge in Kauf genommen werden. Die Vermutung war, dass nun auch die Altersgruppe der über Sechzigjährigen zunehmend bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit den Weg in die Frühberentung suchen werde und somit der prozentuale Anteil der Erwerbsminderungsrenten in den nächsten Jahren steigen werde (Behrend 1994, Rosenow 1994, Sommer 1994, Bäcker und Naegele 1996, Böhm et al. 1996, Roloff 1996). Dem versuchte der Gesetzgeber entgegenzuwirken, indem er mit der Rentenreform

1999 das Absicherungsziel der Renten wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung einem um drei Jahre vorgezogenen Altersruhegeld angepasst hat. So fällt der Rentenzahlbetrag bei vollen Erwerbsminderungsrenten in Zukunft durchschnittlich 7,7 % niedriger aus (Kruse 1998). Bis jetzt scheint die Anhebung der Altersgrenzen noch nicht zu einer Zunahme der Renten wegen Erwerbsminderung geführt zu haben. Die Zahl an Erwerbsminderungsrenten ist im Gegenteil, vor allem im alten Bundesgebiet, in den letzten Jahren gesunken (s. o., Tab. A2-A4, Büttner 2005). Bisher gab es allerdings als Übergangslösung für einige Geburtenjahrgänge noch die Möglichkeit, vorgezogene Altersruhegelder zu beziehen, ohne dabei größere Abschläge in Kauf nehmen zu müssen. Ob nach Wegfall dieser Regelung langfristig vermehrt Frührenten in Anspruch genommen werden, vor allem von der Altersgruppe der 60-64-Jährigen, wird sich zeigen.

Aber nicht nur der ökonomische Faktor für die Gesellschaft spielt bei der Frühberentungsproblematik eine Rolle. Auch für die Betroffenen selbst und ihre Familien ist ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben oft nicht einfach und mit ökonomischen und sozialen Folgen verbunden. FrührentnerInnen haben gesundheitliche Einschränkungen, die sie in ihrer gesamten Lebenssituation beeinträchtigen. RentnerInnen, die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrenten beziehen, haben statistisch gesehen eine drei Jahre niedrigere Lebenserwartung im Vergleich zu AltersrentnerInnen (Behrend 1994). Außerdem sind BU-/EU-Renten häufig recht gering, so dass es zu finanziellen Problemen kommen kann (Behrend 1994, Kruse 1998). Für die meisten Menschen im erwerbsfähigen Alter hat die Arbeit eine zentrale Bedeutung in ihrem Leben. Arbeit vermittelt das Gefühl, etwas leisten zu können (Steigner 1998). Ein Ausscheiden aus dem Erwerbsleben bedeutet für viele den Verlust von sozialen Kontakten, aber auch von Anerkennung und Erfolg. Dies trifft FrührenterInnen häufig zu früh und unfreiwillig, was den Übergang ins Rentnerdasein erschwert. Hinzu kommt, dass FrührentnerInnen von der Gesellschaft oft als „leistungsunfähig“ oder „inaktiv“ angesehen werden oder sich selbst so sehen (Wasilewski et al. 1984).

Seit einigen Jahren ist die Problematik der Frühberentungen Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen. Der VDR hat bereits 1987 in einem Gutachten zur langfristigen Entwicklung der Rentenversicherungen gefordert, die Ursachen der Frühberentung verstärkt zu erforschen, um Wirkung von Prävention und Rehabilitation zu verbessern. Hierfür sind Leistungsstatistiken des VDR, die jährlich veröffentlicht werden, nur bedingt geeignet, bilden aber eine wesentliche Forschungsgrundlage (Behrend 1994). Bevor man die häufigsten Ursachen der Frühberentung und ihre Genese nicht kennt, kann man nicht wirksam dagegen vorgehen. Es

ist wichtig zu erfassen, welche Prozesse das Risiko einer Frühberentung erhöhen, wie man diese rechtzeitig erkennt und wie man die zur Frühberentung führende Leistungsminderung verhindern oder zumindest hinauszögern kann. Der Erfolg solcher Interventionsmöglichkeiten ist dann wiederum zu überprüfen. Dies ist nur mittels kontrollierter Studien oder Langzeiterhebungen möglich (Schuntermann 1992). Neben den Ursachen, die zur Leistungsminderung führen, sollte noch erfasst werden, von welchen Faktoren es abhängt, ob ein Antrag auf Frühberentung gestellt wird oder nicht. Längst nicht alle, die aufgrund ihrer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit einen Antrag auf Frühberentung stellen könnten, tun dies auch. Studien belegen, dass nicht nur medizinische Faktoren bei dem Entschluss, einen Rentenantrag zu stellen, eine Rolle spielen, sondern diese sogar gelegentlich von untergeordneter Bedeutung sind. Einflussfaktoren sind z. B. Alter, berufliche Position, Bildung, Geschlecht, Einkommen, Arbeitgeberverhalten, aber auch die Einstellung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (Müller-Farnow und Klosterhuis 1994, Schott 2002). Des Weiteren existieren Unterschiede zwischen den Rentenversicherungsträgern. So werden Pflichtversicherte der ArV häufiger frühberentet als VersicherungsnehmerInnen der AnV (Rehfeld 1994). Eine Analyse anhand von Daten der BfA zeigt, dass prozentual mehr Personen in den niedrigeren Einkommensklassen berentet werden (Müller-Farnow und Klosterhuis 1994).

Bisherige Untersuchungen zum Thema Frühberentung setzten unterschiedliche Schwerpunkte. Die ersten Erhebungen hatten ganz allgemein das Ziel, Ursachen der Frühberentung zu erforschen. Dabei wurde deutlich, dass es sich bei der Entstehung von gesundheitlichen Einschränkungen, die zur Frühberentung führen, um ein multifaktorielles Geschehen handelt, dessen Ursachen neben der Arbeitswelt der Betroffenen auch in Lebensgewohnheiten und Umwelteinflüssen zu suchen sind (Rüth 1976, Fassmann et al. 1985, Wasilewski et al. 1984). Andere Studien beschäftigten sich mit den Fragen, welche Diagnosen (Schnipper 1986, Schuntermann 1987) vorwiegend zur Frühberentung führen, wie die Alterstruktur von FrührentnerInnen ist, ob es Unterschiede hinsichtlich des Versicherungszweiges gibt, welchen Einfluss die Wirtschafts- und Arbeitsmarktlage hat und inwieweit die Frühberentung von rentenpolitischen Gesetzesänderungen beeinflusst wird. Letzteres lässt sich besonders gut anhand von Darstellungen des Rentengeschehens im Zeitverlauf beurteilen. So hat die im Haushaltsbegleitgesetz von 1984 verankerte Zugangsverschärfung für BU-/EU-Renten besonders bei den Frauen eine starke Abnahme der BU-/EU-Rentenzugänge hervorgerufen (Rehfeld 1991). Zielstellung einiger Erhebungen war die Frage nach Prädiktoren der Frühberentung, um anhand solcher ein Screeningprogramm zu entwickeln, mithilfe dessen man eine zur Frühberentung führende Gesundheitseinschränkung frühzeitig erkennen und behandeln und damit die

Frühberentung abwenden oder aber zumindest zeitlich hinauszögern kann (Biefang et al. 1989, Biefang et al. 1994, Biefang et al. 1996, Dörning et al. 1996, Potthoff et al. 1997). Mit einem erfolgreichen Screeningprogramm könnte man die Reha-Inanspruchnahme deutlich erhöhen. Denn ein Problem ist nicht nur die Effizienz von Reha-Maßnahmen, sondern insbesondere die Nicht-Inanspruchnahme von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation. Nur rund die Hälfte aller FrührentnerInnen hat in den 5 letzten Jahren vor Berentung an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen (Biefang et al. 1996, Potthoff et al. 1997, IQPR 2004). Genau diese Personengruppe ist jedoch die Zielgruppe von Reha-Maßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung. Laut Gesetz dürfen Renten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit nur gewährt werden, wenn zuvor Maßnahmen zur Rehabilitation durchgeführt worden sind oder ein Erfolg solcher Maßnahmen nicht mehr zu erwarten ist (Biefang et al. 1989, Schütte 2004). Es wurde nach Gründen für das ungenügende Erreichen dieser Zielgruppe gesucht. Vor allem das Zugangsverfahren zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen wurde als unzureichend kritisiert. Es fehlen eindeutige ärztliche Entscheidungskriterien, wann die Zuweisung zu einer Reha-Maßnahme indiziert ist (Fliedner und Gerdes 1987, Biefang et al. 1989). Die Untersuchungen zum Thema Reha-Screening konnten zeigen, dass es Prädiktoren der Frühberentung gibt und man mit Hilfe eines solchen Screenings Personen, die rehabilitationsbedürftig sind, ermitteln kann. Inwieweit eine gezielte Zuweisung zur Rehabilitation das Frühberentungsrisiko jedoch senken kann, ist bisher nicht bekannt. Ebenso kann nicht abgeschätzt werden, ob ein solches Screeningverfahren mit Zuweisung zur Rehabilitation zu einer Kosteneinschränkung für die Rentenversicherungsträger führen würde (Potthoff et al. 1997). Grundsätzlich gilt jedoch, dass sich Rehabilitation wirtschaftlich für die Rentenversicherung lohnt (Kulpe 1983, Hansmeier et al. 1997, Wittwer 1998). Da wie oben bereits erwähnt nicht nur die gesundheitlichen Einschränkungen dafür verantwortlich sind, ob ein Rentenantrag gestellt wird, sollten neben der medizinischen Diagnose auch die psycho-sozialen Hintergründe Beachtung finden. Das Problem Rehabilitation und Frühberentung wurde u. a. in den Reha-Verlaufsstatistiken analysiert (Löffler et al. 1988, Müller-Farnow et al. 1989, Schuntermann et al. 1990).

Aufgrund dieser Untersuchungen sind verschiedene Thesen über Entstehung von Frühinvalidität aufgestellt worden, auf die in Kapitel 4 näher eingegangen wird. Entsprechend der Komplexität des Themas Frühberentung sollten auch bei der Prävention verschiedene Wege gleichzeitig beschritten werden. Neben allgemeinen gesundheitspädagogischen Maßnahmen ist es notwendig, die Arbeitsbedingungen mit in den Präventionsprozess einzubeziehen. Die Inanspruchnahme von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation und deren Effektivität

müssen weiter verbessert werden. Alle Bereiche sollten einer ständigen Kontrolle hinsichtlich ihres Erfolges unterliegen. Natürlich sind auch von der Politik entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen. Es müßte versucht werden, die Wiedereingliederungsrate von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen in das Erwerbsleben zu erhöhen. Zur Zeit wird in der Bundesrepublik zu oft frühberentet. Es ist ein generelles Problem des Sozialversicherungssystems, dass in der Bundesrepublik zu wenig Gelder für präventive Projekte ausgegeben werden. Auf Krankheitsverhütung und -früherkennung entfällt nur ein kleiner Teil der Ausgaben im Gesundheitssystem. Dem gegenüberstehen dann immense Kosten bei der Behandlung entstandener Krankheiten (Badura 1997).

Auch wenn in der Bundesrepublik Deutschland das System der sozialen Sicherung aufgegliedert ist, dürfen die einzelnen Bereiche nicht getrennt voneinander agieren, sondern müssen zu einer ganzheitlichen Betrachtungsweise des Problems finden. Verhinderung von Frühinvalidität ist eine zentrale Aufgabe für das System der sozialen Sicherung allgemein und der gesetzlichen Rentenversicherung im besonderen (Behrend 1994). Gerade vor dem Hintergrund der Überalterung der Gesellschaft wird es immer notwendiger zu versuchen, die Leistungsfähigkeit der ArbeitnehmerInnen bis zum Erreichen der normalen Rentenaltersgrenzen zu erhalten. Dabei muss der Grundsatz „Reha (bzw. Leistungen zur Teilhabe) vor Rente“, verankert im SGB IX, noch stärker Berücksichtigung finden (Seiter 2000, Schott 2002, IQPR 2004). Durch ein Heraufsetzen der Rentenaltersgrenzen sind ältere ArbeitnehmerInnen zwar gezwungen, später Renten zu beziehen oder sich mit Rentenabschlägen abzufinden, ihre Chancen, bis zum Erreichen der tatsächlichen Rentenaltersgrenzen am Erwerbsleben teilzunehmen, erhöhen sich dadurch jedoch nicht.

Vor dem Hintergrund wurde diese Untersuchung mit dem Schwerpunkt einer geschlechtsspezifischen Analyse von Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentenzugängen durchgeführt.

3. Zielstellung

Unterschiede im Gesundheitszustand von Frauen und Männern sind seit einigen Jahren Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen. So haben Frauen zur Zeit im Schnitt eine ca. 6 Jahre höhere Lebenserwartung als Männer (Statistisches Bundesamt 2005). Frauen und Männer unterscheiden sich weiterhin z. B. in Morbidität und Mortalität, im Krankenstand, in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder hinsichtlich der häufigsten Diagnosen. Inwieweit sich Frauen und Männer auch in bezug auf die Berentung wegen Erwerbsminderung unterscheiden, war die wesentliche Fragestellung dieser Arbeit. Dabei interessierte insbesondere die Häufigkeit der Frühberentungen, das Alter bei Renteneintritt, die zur Berentung führenden Diagnosen, die Gewährung von Zeitrenten und die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen. Des Weiteren sollten mögliche Unterschiede zwischen städtischem und ländlichem Wohngebiet ermittelt werden.

Wie schon erwähnt, sind nicht nur medizinische Faktoren ausschlaggebend dafür, ob ein Antrag auf Frühberentung gestellt wird oder nicht. Ein Ziel war festzustellen, welchen Einfluss Variablen wie Familienstand, Kinderzahl oder Beruf auf die Frühberentung nehmen. Wie sich im Verlauf der Arbeit zeigte, war eine Aussage dazu jedoch aufgrund des Datenmaterials nur sehr eingeschränkt möglich. Vor dem Hintergrund anhaltend hoher Arbeitslosenzahlen sollte ein eventuell vorhandener Zusammenhang zwischen Arbeitslosenquoten und Frühberentungsraten überprüft werden.

Bisherige Untersuchungen zur Frühberentung bezogen sich fast ausschließlich auf das alte Bundesgebiet oder Gesamtdeutschland. Die hier untersuchten Daten sind alle von FrührentnerInnen des Landes Thüringens erhoben worden. Durch einen Vergleich mit anderen Untersuchungen zum Thema Frühberentung sollte untersucht werden, ob sich Thüringen vom übrigen Bundesgebiet unterscheidet oder nicht. Auch hier waren die wesentlichen Fragestellungen die Frühberentungsinzidenzen, das durchschnittliche Frühberentungsalter und die wichtigsten Diagnoseklassen. Eine Doppelbelastung der Frauen mit Familie und Beruf war in der ehemaligen DDR weitaus üblicher als im alten Bundesgebiet. So waren ca. 90 % der Frauen im erwerbsfähigen Alter berufstätig oder befanden sich in einer Ausbildung (Straube und Straube 1990). Ob dies dazu geführt hat, dass Frauen in Thüringen früher, häufiger oder aufgrund vorwiegend anderer Diagnosen berentet werden, sollte anhand des vorliegenden Datenmaterials untersucht werden.

4. Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit

4.1. Geschichte der Rentenversicherung

Unter Reichskanzler Bismarck wurden in den achtziger Jahren des 19. Jahrhunderts erstmals Sozialgesetze verabschiedet (1883 Krankenversicherungsgesetz, 1884 Unfallversicherungsgesetz, 1889 Alters- und Invaliditätsrentenversicherungsgesetz). Sein Ziel war, durch verbesserte Bedingungen für die ArbeiterInnen den Einfluss der Sozialdemokratie zurückzudrängen. Neben diesem machtpolitischen Kalkül spielten auch moralische Überlegungen von Kaiser, Kanzler und Regierung eine Rolle. Die deutsche Sozialgesetzgebung war lange Zeit einzigartig auf der Welt. Die damaligen Gesetze bilden das Fundament für das heutige System der sozialen Sicherung. Renten wegen Alters wurden zu jener Zeit erst mit Vollendung des 70. Lebensjahres gezahlt. Ab 1891 gab es für dauerhaft erwerbsunfähige Versicherte Invalidenrenten. Die Finanzierung erfolgte auch früher schon durch gleiche Beiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern sowie einem Reichszuschuss. 1911 wurden die verschiedenen Versicherungen rechtlich in der „Reichsversicherungsordnung (RVO)“ zusammengefasst, die erst ab Mitte der siebziger Jahre durch die einzelnen Sozialgesetzbücher ersetzt wurde. Während die ersten Jahre der Sozialgesetzgebung durch die Zeit des wirtschaftlichen Aufschwungs geprägt waren, brachte der 1. Weltkrieg eine finanzielle Krise, aber der Ausbau der Sozialgesetzgebung blieb auch Ziel in der neuen Verfassung von 1919. Bis 1929/1930 kam es zu einer Stabilisierung, die durch die Weltwirtschaftskrise wieder zunichte gemacht wurde. Der zu Beginn des Nationalsozialismus zunächst vorherrschende Aufschwung für die Rentenversicherung wurde durch übermäßige Staatsanleihen und den zweiten Weltkrieg bald beendet. In der sowjetischen Besatzungszone entstand 1947 eine Einheitsversicherung unter Leitung und Kontrolle des Freien Deutschen Gewerkschaftsbundes. Diese blieb während der gesamten DDR-Zeit bestehen. Im westlichen Teil Deutschlands wurde in den fünfziger Jahren die Selbstverwaltung der Rentenversicherung wieder hergestellt (VDR 2002). Nach dem zweiten Weltkrieg war es nicht mehr in vollem Umfang möglich, ein stabiles Gleichgewicht zwischen Beitragszahlungen und der Summe der Rentenansprüche herzustellen. Zur Deckung der Rentenansprüche mussten immer Bundeszuschüsse in Anspruch genommen werden (Möllhoff 1988). Daran hat sich bis heute nichts geändert und die zunehmende Überalterung der Gesellschaft verschärft dieses Problem.

4.2. Wichtige Rentengesetze der letzten Jahre, speziell für BU-/EU-Renten

1957/58: grundlegende Rentenreform

- Einführung der dynamischen Rentenformel, d. h. die Renten werden jetzt jährlich der Bruttolohnentwicklung angepasst und stehen in einem bestimmten Verhältnis zu diesem; die Renten haben jetzt erstmals Lohnersatzfunktion, während sie vorher als Zuschuss zum Lebensunterhalt gesehen werden mussten
- der Begriff der Invalidität wird durch Berufs- und Erwerbsunfähigkeit ersetzt

1969/76: Beschlüsse des Großen Senats des Bundessozialgerichtes zur konkreten Betrachtungsweise des Arbeitsmarktes (s. u.)

1972: Rentenreform

- Einführung der Altersrente an Schwerbehinderte und an Berufs- und Erwerbsunfähige ab dem 62. Lebensjahr
- Altersrente ab 63. Lebensjahr für langjährig Versicherte
- Einführung der Datenerfassung und Datenübermittlung

1974: Rehabilitationsangleichungsgesetz

- Grundsatz „Reha vor Rente“ wird im Sozialrecht fixiert

1980: Altersgrenze für flexibles Altersruhegeld bei BU/EU oder Schwerbehinderung wird auf das vollendete 60. Lebensjahr herabgesetzt

1984: Haushaltsbegleitgesetz

- Herabsetzung der Wartezeit für Altersruhegeld (ab 65. Lebensjahr) von 15 auf 5 Jahre
- Erschwerung der Anspruchsvoraussetzungen für Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung mindestens 3 Jahre Pflichtbeiträge; Ziel ist es, die BU-/EU-Renten wirklich als Lohnersatzleistung zu sehen – somit können latent Versicherte kaum noch BU-/EU-Renten erhalten, hiervon sind vor allem Frauen betroffen)

1985: Einführung der Anrechnung von Kindererziehungszeiten

1990: Deutsche Wiedervereinigung

- Rentenbestandsumstellung in den neuen Bundesländern

1992: Rentenreformgesetz

- Rentenanpassung gemäß Nettolohnentwicklung
- Stufenweise Anhebung der vorzeitigen und flexiblen Altersgrenzen von 60 bzw. 63 Jahren auf 65 Jahre ab 2001
- Verlängerung der Anrechnung von Kindererziehungszeiten auf drei Jahre für Geburten nach 1991
- Obwohl die Dringlichkeit einer Reform der BU-/EU-Renten bekannt ist, bleiben diese bei dieser Rentenreform unberücksichtigt

1994: Umwertung der Renten in den neuen Bundesländern

2000: Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (s. u.)

- Wegfall der Renten wegen Berufsunfähigkeit, allerdings übergangsweise Beibehaltung des Berufsschutzes für Jahrgänge 1960 und älter
- Zweistufige Erwerbsminderungsrente ersetzt bisherige BU-/EU-Renten
- Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden grundsätzlich als Zeitrenten gewährt
- Abkehr von der sogenannten konkreten Betrachtungsweise

(VDR 2002, VDR Chronik)

4.3. Wichtige Begriffe/Definitionen zur Berufs- und Erwerbsunfähigkeit

Aufgabe der BU-/EU-Renten ist es, aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen auftretende Einkommensverluste aufzufangen. Die Grundsätze zur Berufs- und Erwerbsunfähigkeit sind u. a. im SGB VI verankert und gelten seit dem 1.1.1992 für das gesamte Bundesgebiet. Bis zum 31.12.1996 besitzt jedoch auch das Rentenrecht der ehemaligen DDR in modifizierter Form noch als Rentenüberleitungsgesetz (RÜG) Gültigkeit. Vor einer Rentenbewilligung ist immer zu prüfen, ob die Leistungsminderung durch medizinische oder berufsfördernde Maßnahmen zu beseitigen ist. Besteht für solche Maßnahmen eine begründete Erfolgsaussicht, sind alle Möglichkeiten der Rehabilitation vor Rentenbewilligung auszuschöpfen. Dieser Grundsatz „Reha vor Rente“ ist ebenfalls im SGB VI verankert. (§ 7 Reha AnglG ; §9 Abs. 1 Satz 2 SGB VI; § 116 Abs. 1 SGB VI) Auch dieses Prinzip existiert schon lange in der Sozialgesetzgebung. Bereits 1889 wurden die Landesversicherungsanstalten zu Heilverfahren verpflichtet.

Der Rentenantrag muss vom Versicherten/von der Versicherten selbst gestellt werden. Voraussetzung für die Bewilligung einer BU-/EU-Rente ist eine Minderung der Erwerbsfähigkeit. Der Begriff Erwerbsfähigkeit ist gesetzlich nicht definiert. In Rechtsprechung, Literatur und Praxis versteht man im allgemeinen unter Erwerbsfähigkeit die Fähigkeit der

Versicherten, sich unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihnen nach ihren Kenntnissen und körperlichen und geistigen Fähigkeiten im gesamten wirtschaftlichen Bereich bieten, einen Erwerb zu verschaffen. Die Gewährung von BU-/EU-Renten berücksichtigt nicht nur Leistungseinschränkungen, sondern auch die Möglichkeit, das Restleistungsvermögen auf dem Arbeitsmarkt einzusetzen. Eine absichtliche Herbeiführung von Leistungsminderung schließt in der Regel eine Rentengewährung aus, jedoch wird Alkohol- und Drogenmissbrauch meist als Krankheitsfall (Sucht) gewertet (VDR 1993).

4.3.1. Anspruchsvoraussetzungen

In den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit müssen mindestens drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit geleistet worden sein und die allgemeine Wartezeit von 5 Jahren muss erfüllt sein. Für 5 Jahre müssen Beiträge (Pflichtbeiträge oder freiwillige Beiträge) gezahlt oder Ersatzzeiten (siehe § 250 SGB VI) abgeleistet worden sein.

4.3.2. Berufsunfähigkeit

Nach § 43 Abs. 2 SGB VI ist eine Person berufsunfähig, wenn infolge von Krankheit oder Behinderung ihre Erwerbsfähigkeit in ihrem bisherigen Beruf auf weniger als die Hälfte der Erwerbsfähigkeit eines/einer körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten gesunken ist und wenn eine zumutbare Verweisungstätigkeit für die Versicherte/den Versicherten nicht vorhanden ist. Anders formuliert ist eine Versicherte/ein Versicherter berufsunfähig, wenn ihre/Leistung aus gesundheitlichen Gründen so gemindert ist, dass sie/er weder in ihrem/seinem bisherigen Beruf noch in einem anderen zumutbaren Verweisungsberuf die Hälfte des Arbeitsentgeltes einer/eines vergleichbaren Arbeitsnehmerin/Arbeitnehmers erreichen kann. Im Unterschied zur Erwerbsunfähigkeit ist bei der Berufsunfähigkeit noch ein Restleistungsvermögen vorhanden, mit dem Einkünfte erzielt werden können. Berufsunfähig ist also nicht zwangsläufig erwerbsunfähig. Berufsunfähigkeitsrenten sind niedriger als Erwerbsunfähigkeitsrenten, da sie aufgrund des noch vorhandenen Restleistungsvermögen nicht die Funktion einer vollen Lohnersatzleistung haben. Für die Klärung, ob Berufsunfähigkeit vorliegt, hat sich in der Praxis folgendes Vorgehen bewährt:

- a) Anhand der Ausbildung und des Berufsweges ist der maßgebliche Hauptberuf des Versicherten zu ermitteln.
- b) Als nächstes ist das Leistungsvermögen der/des Versicherten zu prüfen, wobei sowohl das positive (welche Berufsanforderungen können noch erfüllt werden) als auch das negative

(welchen Anforderungen des bisherigen Berufes oder anderer Tätigkeiten die/der Versicherte nicht mehr gewachsen ist) Leistungsbild zu beurteilen ist. Die Bewertung des Restleistungsvermögens wird meist vom sozialmedizinischen Dienst der Rentenversicherungsträger vorgenommen, wobei bereits vorhandene ärztliche und psychologische Befunde und Gutachten miteinbezogen werden. Bei der Beurteilung der allgemeinen Leistungsfähigkeit ist insbesondere auf körperliche und geistige Belastbarkeit, tägliche Arbeitszeit und zusätzliche Leistungseinschränkungen zu achten. Bei der Beurteilung der täglichen Arbeitszeit ist zwischen vollschichtig (tarifübliche Arbeitszeit), halbschichtig bis untermittelschichtig (mindestens die Hälfte der tarifüblichen Arbeitszeit), unterhalbmittelschichtig (weniger als die Hälfte der tarifüblichen Arbeitszeit, aber mind. 2 h tgl.) und unter zweistündig Erwerbsfähigen zu unterscheiden. Unterhalbmittelschichtig Erwerbsfähige sind grundsätzlich berufsunfähig und wegen der Lage auf dem Teilzeitarbeitsmarkt meist auch erwerbsunfähig. Können Versicherte weniger als zwei Stunden täglich arbeiten, sind sie immer erwerbsunfähig. Bei der Beantwortung der Frage nach zusätzlichen Leistungseinschränkungen sind z. B. die Wegefähigkeit (ist die/der Versicherte in der Lage, eine Arbeitsstelle unter zumutbaren Bedingungen zu erreichen) und Einschränkungen der üblichen Arbeitsbedingungen (d. h. kann die/der Versicherte noch unter den allgemein üblichen Arbeitsbedingungen hinsichtlich Arbeitszeitverteilung, Pausen, etc. arbeiten) zu prüfen. Ebenso kann durch eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder schwerer spezifischer Leistungsbehinderungen eine zusätzliche Leistungseinschränkung vorliegen.

- c) Wird festgestellt, dass die/der Versicherte ihren/seinen bisherigen Beruf nicht mehr ausüben kann, ist zu klären, ob der Wechsel in einen anderen Beruf zumutbar ist. Natürlich darf der Verweisungsberuf die Versicherte/den Versicherten weder gesundheitlich noch in ihrer/seiner körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit überfordern. Ebenso darf der Beruf für die Versicherte/den Versicherten nicht sozial unzumutbar sein, mit einem Wechsel in eine andere Berufsgruppe und einem gewissen sozialen Abstieg muss die/der Versicherte sich jedoch gegebenenfalls abfinden.
- d) Danach muss geprüft werden, ob die/der Versicherte mit dem ermittelten Restleistungsvermögen die Hälfte des Durchschnittslohnes einer/eines vergleichbaren gesunden Versicherten mit gleichwertigen Kenntnissen verdienen kann (VDR 1993).

4.3.3. Zumutbarkeit

Die Verweisung auf einen anderen Beruf orientiert sich zum einen an den beruflichen Kenntnissen sowie der festgestellten Leistungsfähigkeit (objektive Zumutbarkeit), zum

anderen soll ein unzumutbarer sozialer Abstieg vermieden werden (subjektive Zumutbarkeit). Um die Zumutbarkeit zu überprüfen hat das Bundessozialgericht ein Mehrstufenschema entwickelt, in dem die Berufe anhand ihrer Qualität einzelnen Gruppen zugeordnet werden. Zumutbar ist danach ein Wechsel innerhalb einer Gruppe oder in einen Beruf, der von der Qualifikation her eine Gruppe niedriger ist. Außer für Angelernte des unteren Bereichs und für ungelernete Arbeiter gilt, dass mindestens eine in Betracht kommende Verweisungstätigkeit konkret zu benennen ist. Die/der Versicherte muss ferner in der Lage sein, die Verweisungstätigkeit nach einer Anlernzeit von drei Monaten vollwertig ausüben zu können. Ein(e) noch vollschichtig einsatzfähige(r) Versicherte(r) kann grundsätzlich auf das gesamte Bundesgebiet verwiesen werden. Für nicht mehr vollschichtig Einsatzfähige gilt, dass ihnen in der Regel ein Umzug bzw. Wochenendpendeln aufgrund der relativ niedrigen Einkünfte nicht zugemutet werden kann (VDR 1993).

4.3.4. Erwerbsunfähigkeit

Erwerbsunfähigkeit liegt nach § 44 Abs. 2 SGB VI vor, wenn der oder die Versicherte eine Erwerbstätigkeit nicht mehr in gewisser Regelmäßigkeit ausüben kann oder durch eine zwar in gewisser Regelmäßigkeit ausgeübte Tätigkeit nur geringfügige Einkünfte zu erzielen sind. Geringfügige Einkünfte sind solche, die ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nicht übersteigen. Dies gilt für Leistungseinschränkungen auf nicht absehbare Zeit. Wer erwerbsunfähig ist, ist auch berufsunfähig. Es ist immer die höhere Rente zu gewähren, das ist in der Regel die Erwerbsunfähigkeitsrente. Anders als § 43 enthält § 44 keine Aussage über die Beschränkung der Verweisbarkeit auf zumutbare Arbeiten. Grundsätzlich muss also auch ein wesentlicher sozialer Abstieg in Kauf genommen werden. Bei noch Vollzeitfähigen ist nicht nur der regionale Arbeitsmarkt zu prüfen. In Ausnahmefällen kann der Arbeitsmarkt als verschlossen gelten, wenn z. B. nur noch an Arbeitsplätzen gearbeitet werden kann, die Berufsfremden nicht zu Verfügung stehen, da sie durch Beförderung oder Höherstufung eigener MitarbeiterInnen vergeben werden oder es sich um Schonarbeitsplätze für eigene langjährige MitarbeiterInnen handelt oder wenn die/der Betroffene z. B. an sehr ansteckenden Krankheiten leidet. Kann die/der ArbeitnehmerIn nur noch Teilzeittätigkeiten ausüben, ist in der Regel nur der regionale Arbeitsmarkt maßgebend. Bei Teilzeitfähigen ist konkret festzustellen, ob Arbeitsplätze vorhanden sind. Wenn nicht, muss trotz der Fähigkeit, regelmäßig arbeiten zu können und nicht nur geringfügige Einkünfte erzielen zu können, Rente wegen Erwerbsunfähigkeit gewährt werden (VDR 1993).

4.3.5. Invalidenrente

Der Anspruch auf Invalidenrente ist in §7 des Art. 2 RÜG geregelt. Das RÜG ist das Gesetz zur Herstellung der Rechtseinheit in der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung (Renten-Überleitungsgesetz). Einen Anspruch auf Rente haben Personen, die die Anspruchsvoraussetzungen für eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach § 7 Art. 2 RÜG erfüllen, am 18.5.1990 ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in den neuen Bundesländern hatten und deren Rente zwischen 1.1.92 und 31.12.96 beginnt. Invalide sind nach § 7 die Personen, die um mindestens zwei Drittel leistungsgemindert sind und zugleich eine Verdienstminderung dieses Ausmaßes haben. Die Leistungsminderung darf nicht in absehbarer Zeit durch eine Heilbehandlung abzuwenden sein (VDR 1993).

4.3.6. Invalidenrente für Behinderte

In Art. 2 § 10 RÜG sind die Rentenbelange von Personen geregelt, die aufgrund von Invalidität keine Berufstätigkeit aufnehmen können. Diese Personengruppe hat einen Anspruch auf Invalidenrente, wenn sie das 18. Lebensjahr vollendet haben, invalide sind (s. o.) und deswegen keine Berufstätigkeit aufnehmen können. Außerdem müssen berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation ständig oder vorübergehend unmöglich sein, bzw. wenn sie genutzt werden, darf das dabei erzielte monatliche Einkommen 400 DM nicht überschreiten. Die zur Invalidität führende Behinderung besteht bei den meisten seit der Geburt. Sie muss jedenfalls vor Vollendung des 18. Lebensjahres aufgetreten sein (VDR 1993).

4.3.7. Bedeutung des Arbeitsmarktes

Das soziale Sicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland basiert auf fünf Versicherungszweigen. Dies sind die Krankenversicherung, die Pflegeversicherung, die Rentenversicherung, die Unfallversicherung und die Arbeitslosenversicherung bzw. Arbeitsförderung. Diese Zweige haben jeweils eigenständige Aufgabengebiete und sind für die Absicherung bestimmter Risiken zuständig. Prinzipiell ist das Risiko Invalidität vom Risiko Arbeitslosigkeit getrennt. Theoretisch wird das eine durch die Rentenversicherung, das andere durch die Arbeitslosenversicherung abgedeckt. In der Praxis kommt es jedoch häufig zu einer Verknüpfung, wobei von den Rentenversicherungsträgern beklagt wird, dass sie für Kosten aufkommen müssen, die eigentlich durch die Arbeitslosenversicherung getragen werden müssten (Seidel 1994, Haneberg 1995). Seit den Entscheidungen des Großen Senats des Bundessozialgerichtes vom 11.12.1969 und vom 10.12.1976 ist die sogenannte konkrete Betrachtungsweise geltendes Recht, d. h. die/der Versicherte darf nicht auf solche Tätigkeiten ver-

wiesen werden, für die ihr/ihm der Arbeitsmarkt als verschlossen gilt. Dies ist in der Praxis der Fall, wenn ihr/ihm nicht innerhalb eines Jahres ein geeigneter Arbeitsplatz zur Verfügung gestellt werden kann. Natürlich darf die/der Versicherte keinen entsprechenden Arbeitsplatz innehaben. Dies gilt in der Regel nur für nicht mehr vollschichtig einsatzfähige Versicherte. Für Versicherte, die noch vollschichtig einsatzfähig sind, war bisher grundsätzlich die Arbeitslosenversicherung zuständig, da davon ausgegangen wurde, dass für sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt genügend Arbeitsplätze zur Verfügung stehen. Es gab jedoch auch hier einige Ausnahmefälle (Wiegand 1995). So gilt z. B. nach dem Beschluss des BSG vom 22.07.92 auch dann der Arbeitsmarkt als verschlossen, wenn eine Person noch vollschichtig einsatzfähig ist, jedoch zum Beispiel nur noch leichte körperliche Arbeiten verrichten kann, über ein Jahr arbeitslos ist und seit Beginn der Langzeitarbeitslosigkeit das 50. Lebensjahr vollendet hat. Auch hier besteht Anspruch auf Erwerbsunfähigkeit. Somit trägt auch für diese Personengruppe die Rentenversicherung das Risiko der Arbeitslosigkeit. Dem Gesetzgeber ist dieses Problem schon lange bekannt. Der Bundesrat hat bereits 1992 die Bundesregierung aufgefordert, die Gesetze zu Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten zu überarbeiten. Eine Neuregelung ist jedoch erst zum 1.1.2001 erfolgt (Seidel 1994). Seitdem dürfen Renten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit nicht mehr aufgrund des verschlossenen Arbeitsmarktes gewährt werden.

4.3.8. Zeitrente

Besteht eine begründete Aussicht, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit in absehbarer Zeit behoben werden kann, so sind die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zunächst befristet zu gewähren. Dies ist außerdem der Fall, wenn dem Rentenanspruch nicht nur aufgrund des Gesundheitszustandes, sondern auch wegen der Arbeitsmarktlage stattgegeben wurde. Vollenden die antragstellenden Personen jedoch innerhalb der nächsten zwei Jahre nach Rentenbeginn das 60. Lebensjahr, so ist gleich eine unbefristete Rente zu gewähren. Der Zeitraum für die Befristung beträgt max. 3 Jahre, er kann jedoch wiederholt werden. Sind rein medizinische Gründe für die Befristung ausschlaggebend, so darf der Zeitraum für die Befristung höchstens einmal wiederholt werden, d. h. spätestens nach 6 Jahren muss eine Dauerrente gewährt werden. Ist die Arbeitsmarktlage ausschlaggebend für die Befristung der Rente, ist keine zeitliche Begrenzung vorgeschrieben (VDR 1993).

4.4. Neuregelungen der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten ab 1.1. 2001

Im Rentenreformgesetz von 1999 sind grundlegende Veränderungen für die BU- und EU-Berentungen verankert, welche zum 1.1. 2001 in Kraft getreten sind.

§44 SGB VI (Rente wegen Erwerbsunfähigkeit) und §43 (Rente wegen Berufsunfähigkeit) werden zu § 43 (Rente wegen Erwerbsminderung) zusammengefasst. Es wird zwischen teilweiser und voller Erwerbsminderung unterschieden. Teilweise erwerbsgemindert sind Personen, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit nicht mindestens 6 Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes tätig sein können. Diese Rente hat keine volle Lohnersatzfunktion und wird somit nur mit dem Rentenartfaktor 0,5 berechnet. Die/der Versicherte muss das ihr/ihm verbliebene Restleistungsvermögen also noch geldbringend auf dem Arbeitsmarkt einsetzen, um ihren/seinen Lebensunterhalt zu sichern. Gelingt ihr/ihm das aufgrund von Arbeitslosigkeit nicht, kann sie/er zusätzlich zur Rente Leistungen der Arbeitslosenversicherung erhalten, die jedoch befristet sind. Voll erwerbsgemindert sind Versicherte dann, wenn sie nicht mindestens drei Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes tätig sein können. Hierbei kommt der Rente eine volle Lohnersatzfunktion zu, die mit dem Rentenartfaktor 1,0 berechnet wird.

Ein Ziel dieser Rentenreform war, das Risiko der Arbeitslosigkeit für erwerbsgeminderte Personen wieder aus dem Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherung in den der Arbeitslosenversicherung zu verlagern. Aufgrund der oben erläuterten konkreten Betrachtungsweise war bei verschlossenem Arbeitsmarkt auch bei vorhandenem Restleistungsvermögen eine Rente zu gewähren. Die Zahl arbeitsmarktbedingter Renten hatte in den letzten Jahren erheblich zugenommen und betrug 1996 ca. ein Drittel aller BU- oder EU-Renten. Dadurch entstanden den Rentenversicherungsträgern beträchtliche Mehrausgaben, 1996 z. B. ca. 7 Milliarden DM (von der Heide et al. 1998). Im Rahmen der Reform wurde nun die sogenannte konkrete Betrachtungsweise abgeschafft. Auch wenn der Arbeitsmarkt quasi verschlossen ist, wird bei nicht ausreichender medizinischer Indikation keine Rente wegen Erwerbsminderung gewährt. Somit ist das Risiko Arbeitslosigkeit von der Rentenversicherung für diese Personengruppe wieder auf die Arbeitslosenversicherung zurückverlagert. Für die Versicherten selbst kann dies jedoch harte Konsequenzen haben. Auch wenn ihre Leistungsminderung ursächlich für die Arbeitslosigkeit ist, wird ihnen keine Rente gewährt, sondern zunächst Arbeitslosengeld I und im Anschluss Arbeitslosengeld II sowie für nicht erwerbsfähige Familienmitglieder Sozialgeld gezahlt. Da Arbeitslosengeld II und Sozialgeld nach dem Subsidiaritätsprinzip gewährt werden, erhalten die Versicherten eventuell gar kein „eigenes“ Geld. Für in ihrer Gesundheit eingeschränkte Arbeitslose ist hiermit eine Verschlechterung in der sozialen Absicherung entstanden. Wünschenswert wären hier zumindest Bestrebungen, für leistungsverminderte Versicherte betriebliche

Teilzeitarbeitsplätze zu schaffen bzw. die Entstehung solcher zu unterstützen und/oder oben genannte Personengruppe durch Änderungen in der Arbeitslosenversicherung besser abzusichern (Kruse 1998).

Die Anspruchsvoraussetzungen, d. h. der Nachweis von konkreten Versicherungszeiten, sind in der neuen gesetzlichen Regelung unverändert geblieben.

Auch die Bestimmungen zur Zeitrente sind zum 1.1.2001 geändert worden. Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden grundsätzlich nur noch als Zeitrenten gewährt. Die Befristung erfolgt für längstens drei Jahre, kann jedoch wiederholt werden. Darüber, wie oft eine Wiederholung möglich ist, gibt es im neuen § 102 keine Aussagen. Die Renten werden dennoch unbefristet geleistet, wenn es unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden kann. Auch hier hat eine Umverteilung zwischen den Sozialleistungsträgern stattgefunden. Während unbefristete Renten ab dem Monat, ab dem die Voraussetzungen für die Rente erfüllt sind, gezahlt werden müssen, werden befristete Renten nicht vor Ablauf von 7 Monaten nach Eintritt des Versicherungsfalles gezahlt. Bis dahin werden in Zukunft die Krankenkassen Krankengeld zahlen müssen, was für diese wiederum eine finanzielle Mehrbelastung bedeutet. Für die Versicherten selbst ist dies in der Regel finanziell günstiger.

Eine weitere wesentliche Änderung ist der ersatzlose Wegfall des Berufsschutzes. Die Ausbildung und der Status einer Tätigkeit haben keine Bedeutung mehr für die Verweisbarkeit auf andere Berufe. Es gibt den Begriff der Unzumutbarkeit nicht mehr und Betroffene, die ihren bisherigen Beruf nicht mehr ausüben können, können bei noch vorhandener Leistungsfähigkeit auf praktisch alle denkbaren Tätigkeitsfelder des allgemeinen Arbeitsmarktes verwiesen werden. Auch ein erheblicher sozialer Abstieg muss hierbei in Zukunft in Kauf genommen werden. Diese Änderung basiert zum einen darauf, dass die Renten wegen Berufsunfähigkeit zahlenmäßig in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung verloren hatten. So waren zu Beginn der 60iger Jahre noch 50 % der Invalidenrenten BU-Renten und 1996 nur noch 11,6 %. Für die Verwaltung waren die BU-Renten häufig mit sehr viel Aufwand verbunden und es wurden viele Gerichtsverfahren vor Sozialgerichten deswegen geführt, was nicht unerhebliche Kosten verursacht hat (Kamprad 1996, von der Heide et al. 1998). Des Weiteren war immer wieder kritisiert worden, dass BU-Renten zu einer Ungleichbehandlung der Versicherten führen. Der Berufsschutz galt nur für VersicherungsnehmerInnen mit gehobener Ausbildung oder besonderem Status. Ungelernte oder einfache ArbeiterInnen konnten schon immer auf den gesamten Arbeitsmarkt verwiesen werden und so nie eine BU-Rente erhalten. Die BU-Renten selbst mussten jedoch auch sie mit

ihren Beiträgen finanzieren (König 1997). Kritik an diesem Reformpunkt gibt es aufgrund der kurzen Übergangsregelung. Versicherte, die bisher glaubten, eine Berufsunfähigkeit in ausreichendem Maße über die gesetzliche Rentenversicherung abgedeckt zu haben, stehen nun ohne Berufsschutz da.

Zukünftig sind vorzeitige Altersrenten mit Abschlägen versehen. Aus diesem Grund wurden die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit an einen um drei Jahre vorgezogenen Rentenaltersbeginn angeglichen, um zu verhindern, dass nach Anhebung des Rentenalters ein verstärktes Ausweichen auf diese Rentenarten erfolgt.

4.5. Entstehung von Berufs- und Erwerbsunfähigkeit

In den letzten Jahren haben sich einige Untersuchungen mit den Ursachen, die zur Frühinvalidität führen, beschäftigt. Dabei steht außer Zweifel, dass es sich hierbei um ein multifaktorielles Geschehen handelt. Der VDR hatte schon 1987 gefordert, der Ursachenforschung in Hinblick auf das Frühberentungsgeschehen mehr Beachtung zu schenken, um daraufhin die Wirkung von Prävention und Rehabilitation verbessern zu können (Behrend 1994). Welche Gegebenheiten auf das Frühberentungsgeschehen Einfluss haben, wird im folgenden kurz dargestellt.

Nach der sogenannten „Gesundheitsverschleißhypothese“ werden die Ursachen für die entstandene Leistungsminderung vor allem auf gesundheitliche Beanspruchungen am Arbeitsplatz zurückgeführt. Häufige oder dauerhafte starke körperliche und/oder psychische Belastungen am Arbeitsplatz können zur Entstehung chronisch-degenerativer Erkrankungen führen. Die Ursachen für den „Gesundheitsverschleiß“ sollten jedoch nicht nur am Arbeitsplatz gesucht werden (Behrend 1994). Vielmehr tragen auch eine ungesunde Lebensweise und Umweltfaktoren sowie genetische Dispositionen zur Entstehung von Leistungsminderung bei. Dieser mehr oder weniger bewussten Ausbeutung der eigenen Gesundheit bzw. der Gesundheit der Angestellten sollte sozialpolitisch mit Präventionsmaßnahmen (gesundheitlich möglichst unbedenkliche Gestaltung von Arbeitsplätzen und Arbeitsbedingungen, Aufklärung über gesundheitsschädigende Verhaltensweisen, frühzeitige Rehabilitationsmaßnahmen, u. ä.) begegnet werden.

Es gibt jedoch auch Untersuchungen, die zu dem Schluss kommen, dass Betriebe die Möglichkeit der Frühverrentung dazu nutzen, auf scheinbar sozial verträgliche Weise ältere, leistungsgeminderte ArbeitnehmerInnen auszugliedern oder einen konjunkturell oder strukturell notwendigen Personalabbau zu betreiben (Bangel 1993, Behrend 1994, Rosenow 1994). Nur noch 40 % aller Betriebe in Deutschland beschäftigen Mitarbeiter über 50 Jahre und die Erwerbsquote der 55- bis 65-Jährigen ist auf 37 % gesunken (IQPR 2004). Die

„Entlassung“ in die Frühberentung ist in einigen Fällen jedoch durchaus auch im Interesse der Beschäftigten, die sich, wenn die Rentenzahlungen hoch genug sind, über einen vorzeitigen Ruhestand freuen. Gesamtgesellschaftlich gesehen ist ein vorzeitiger Ruhestand inzwischen durchaus nichts „Unnormales“ mehr. Es gibt Untersuchungen, dass sich lange Arbeitsunfähigkeitszeiten negativ auf ein Verbleiben im Erwerbsleben auswirken. Damit wird das „Nicht-Arbeiten-Gehen“ zur Normalität für die Betroffenen und es fällt ihnen leichter, sich mit dem Gedanken eines kompletten Ausscheidens aus dem Erwerbsleben auseinander zu setzen. Leistungsgeminderte Versicherte sollten nach Möglichkeit schnell Maßnahmen zugeführt werden, die der Wiederherstellung oder Besserung ihrer Erwerbsfähigkeit dienen, statt sie in dem Zustand der Nicht-Erwerbstätigkeit länger zu belassen (IQPR 2004). In o. g. Projektbericht des IQPR wird mehrfach darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, den Dialog mit den Versicherten selbst zu suchen, um Motivation für ein Verbleiben im Erwerbsleben zu schaffen. Wie bereits erwähnt, sind für die Tatsache, ob eine Rentenantrag gestellt wird, eben nicht nur medizinische Gründe von Bedeutung. Das Einvernehmen von ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen hinsichtlich einer „Entlassung“ in die Frühberentung wird auch als „Homogenitätsthese“ bezeichnet (Behrend 1994). Vor dem Hintergrund der Überalterung der Gesellschaft wird es jedoch nötig sein, ältere ArbeitnehmerInnen wieder in stärkerem Maße in das Erwerbsleben zu integrieren.

Die Verknüpfung zwischen der Situation am Arbeitsmarkt und Frühberentung wird besonders deutlich in Hinblick auf die konkrete Betrachtungsweise. Ein großer Teil der Renten wird nur aufgrund des verschlossenen Arbeitsmarktes gewährt. Hier können Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen eine Lösung darstellen. Jedoch sollten diese so gestaltet werden, dass die ArbeitnehmerInnen nicht in die Arbeitslosigkeit gehen, sondern dass es für Betriebe reizvoll wird, ältere ArbeitnehmerInnen weiter zu beschäftigen und geeignete Arbeitsplätze zur Verfügung zu stellen. Gerade kleine und mittlere Unternehmen sind bei der Wiedereingliederung leistungsgeminderter MitarbeiterInnen jedoch auf externe Unterstützung angewiesen (IQPR 2004). Einflüsse der Sozialgesetzgebung und der Rechtsprechung auf das Frühberentungsgeschehen werden unter dem Begriff „Instrumentalisierungshypothese“ zusammengefasst. Der Einfluss des Arbeitsmarktes auf das Frühberentungsgeschehen wird als „Arbeitsmarkthypothese“ bezeichnet. Nach einigen Untersuchungen gibt es den Trend zur Frühberentung allerdings sowohl in konjunkturell schwachen als auch in konjunkturell starken Gebieten (Bangel 1993, Behrend 1994). Alle diese Bereiche müssen in Reformüberlegungen mit einbezogen werden, wenn sich an der Frühberentungsproblematik grundsätzlich etwas ändern soll.

5. Material und Methoden

5.1. Datengrundlage der Arbeit

Es wurden 1579 Datensätze der Landesversicherungsanstalt Thüringen ausgewertet. Dabei handelt es sich um eine Totalerfassung aller in den Jahren 1996 und 1997 wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit erstmals frühberenteten Personen der Städte Jena und Gera sowie der Landkreise Saalfeld-Rudolstadt und Saale-Orla-Kreis. Fehlende Angaben bei den Datensätzen werden bei den Auswertungen als solche aufgeführt. Bis auf wenige Ausnahmen konnten die Variablen trotz unvollständiger Angaben aufgrund der großen Datenmenge sinnvoll verwendet werden. Die Ergebnisse wurden mit denen ähnlicher Untersuchungen, Veröffentlichungen der Rentenversicherungsträger und allgemeinen Bevölkerungsstatistiken verglichen.

5.2. Variablen

Die Auswertung der Daten erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS in der für Windows 98 tauglichen Variante 11,01S. Daneben wurden die Programme Microsoft Word und Excel für Windows 98 verwendet.

Der ursprüngliche Datensatz lag in anonymisierter Form als Excel-Tabelle vor und umfasste 26 Variablen. Diese wurden zunächst in SPSS transformiert und wenn notwendig weiter bearbeitet. Zum Teil war es erforderlich, aus den vorhandenen Variablen für die Auswertung neue Variablen zu berechnen. Einige der erhobenen Daten waren für diese Untersuchung irrelevant und sind deswegen auch nicht weiter verwendet worden.

Die Verschlüsselung der Variablen variierte je nach Auswertungsschritt. In Zusammenhang mit der jeweiligen Fragestellung wurden die Ausprägungen der Variablen zu Gruppen zusammengefasst. Dies war wichtig, um Übersichtlichkeit zu gewährleisten. Die Gruppierung ist bei den entsprechenden Auswertungsschritten angegeben. Im folgenden werden die in die Bearbeitung einbezogenen Variablen kurz erläutert.

- *Geschlecht*

Die Angaben zum Geschlecht waren vollständig bei allen untersuchten Personen.

- *Gebiet*

Die Daten lagen zunächst getrennt für die einzelnen Gebiete (Jena-Stadt, Gera-Stadt, Landkreis Saalfeld-Rudolstadt, Saale-Orla-Kreis) vor. Nachdem die entsprechenden Frühberentungsinzidenzen berechnet worden waren, wurde nur noch zwischen Stadt und Land unterschieden.

- *Jahr*

Auch hier erfolgte zunächst für die Berechnung der Inzidenzen die getrennte Auswertung für 1996 und 1997. Anschließend wurden die beiden Jahre bei den Auswertungen zusammengefasst. Im Diskussionskapitel sind die beiden Jahre zum besseren Vergleich mit anderen Daten zum Teil wieder getrennt analysiert worden, dies ist an den entsprechenden Stellen erwähnt.

- *Alter bei Rentenbeginn*

Im ursprünglichen Datensatz war das Geburtsdatum der Versicherten mit Monat und Jahr aufgeführt. Außerdem waren Antragsdatum, Bewilligungsdatum und erstmaliger Rentenbeginn, jeweils mit Monat und Jahr, bekannt. Aus Geburtsdatum und Datum des erstmaligen Rentenbeginns wurde das Alter bei Antragstellung berechnet. Das Datum des Rentenbeginns war bei allen Datensätzen vorhanden, deswegen wurde dieses als Bezugsdatum gewählt.

Im Laufe der Auswertung sind Alterklassen von jeweils 5 Jahren gebildet worden. Dadurch war ein Vergleich mit anderen Analysen möglich, bei denen entsprechende Altersgruppen gebildet worden waren.

- *Verlust an Erwerbsjahren*

Der Verlust an Erwerbsjahren für eine berentete Person ergibt sich aus der Differenz von 60 Jahren und dem Berentungsalter. Die Grenze von 60 Jahren wurde gewählt, da ab diesem Alter das Frühberentungsgeschehen deutlich von den normalen Altersrenten überlagert wird und eine Rentenaltersgrenze von 60 Jahre für viele der hier untersuchten Personen noch die normale Rentenaltersgrenze sein dürfte (Schuntermann 1987, Schuntermann 1988). Addiert man anschließend den Verlust an Erwerbsjahren pro Person für alle aufgrund derselben Diagnoseklasse berenteten Personen auf, erhält man den Gesamtverlust an Erwerbsjahren, der durch die entsprechende Diagnoseklasse verursacht wird. Dabei wird deutlich, dass für das Gewicht einzelner Diagnoseklassen im Berentungsgeschehen nicht nur ihre Häufigkeit ausschlaggebend ist, sondern auch das durchschnittliche Berentungsalter für diese Diagnoseklasse.

- *Diagnosen*

Der Diagnosenverschlüsselung liegt der Diagnoseschlüssel des VDR und der Krankenkassen zugrunde. Die je nach Diagnose drei- bis fünfstellig verschlüsselten Diagnosen wurden zunächst zu Diagnoseklassen zusammengefasst (siehe Tab. 1). In einem weiteren Schritt wurden Diagnoseunterklassen gebildet. Auch hier orientiert sich die Einteilung an den Unterklassen des Diagnoseschlüssels. Zuletzt wurde die Diagnoseverschlüsselung einheitlich auf drei Stellen reduziert und so die einzelnen Diagnosen in ihrer Häufigkeit ausgewertet.

Tab. 1 Diagnoseklassen nach ICD 9

Klasse	Nummer	Name
I	001-139	Infektiöse und parasitäre Krankheiten
II	140-239	Neubildungen
III	240-279	Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Störungen des Immunsystems
IV	280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe
V	290-319	Psychiatrische Krankheiten
VI	320-389	Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane
VII	390-459	Krankheiten des Kreislaufsystems
VIII	460-519	Krankheiten der Atmungsorgane
IX	520-579	Krankheiten der Verdauungsorgane
X	580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane
XI	630-676	Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett
XII	680-709	Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes
XIII	710-739	Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes
XIV	740-759	Kongenitale Anomalien
XV	760-779	Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben
XVI	780-799	Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen
XVII	800-999	Verletzungen und Vergiftungen

- *Kinder*

Es wurden hier nur Kinder aufgeführt, für die Erziehungszeiten zu berücksichtigen sind. Von der LVA wurde zwischen Kindern, die vor dem 01.01.1992 und Kindern, die nach dem 01.01.1992 geboren worden sind, unterschieden. Diese Einteilung erfolgte aufgrund einer Änderung der Anrechnungszeiten zum 01.01.1992. Da dies für die vorliegende Auswertung ohne Bedeutung ist, wurde oben genannte Unterteilung hier weggelassen und nur die Gesamtzahl der Kinder unabhängig von ihrem Geburtstermin berücksichtigt. Bis auf eine Ausnahme sind ausschließlich Frauen Kindererziehungszeiten angerechnet worden, so dass nur diese in die Auswertung einbezogen wurden.

- *Familienstand*

Die ursprüngliche Unterteilung in ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet und nicht verheiratet/verwitwet wurde zu verheiratet bzw. nicht verheiratet zusammengefasst.

- *Leistungsart*

Es wurden Renten wegen Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit, sowie Invalidenrenten gewährt. Der ursprüngliche Datensatz unterscheidet zwischen Invalidenrente nach Art.2 §7 RÜG und Invalidenrente für Behinderte nach Art.2 § 10 RÜG. Die beiden letzteren Leistungen wurden bei der Auswertung unter Invalidenrente zusammengefasst.

- *Zeitrente*

Hier wurde unterschieden, ob die Rente zunächst zeitlich befristet oder gleich unbefristet gewährt worden ist.

- *Vorausgegangene Arbeitsunfähigkeit (AU)*

Es wurde die Dauer einer eventuellen Arbeitsunfähigkeit vor Rentenbeginn erfasst. Dabei erfolgte die Einteilung in keine AU, bis unter 3 Monate AU, 3 bis unter 6 Monate AU, 6 und mehr Monate AU und nicht erwerbstätig.

- *Arbeit vor Antragstellung*

Die Variablen waren in nicht erwerbstätig, Ganztagsarbeit mit oder ohne Wechsel- und/oder Nachtschicht, Teilzeitarbeit, Hausfrauentätigkeit, Arbeitslosigkeit im Sinne des SGB III und Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte unterteilt.

- *Arbeitsmarktlage*

Tab. 2 Einteilung Arbeitsmarktlage durch LVA

0	Arbeitsmarktlage ohne Bedeutung
1	Arbeitsmarkt nicht geprüft, weil BU bzw. EU bereits ohne Berücksichtigung der Arbeitsmarktlage vorlag
2	EU liegt im Sinne des BSG-Beschlusses vom 10.12.76 vor Der Versicherte ist im Haupt- und Verweisungsberuf und auf dem allgemeinen Arbeitsfeld nicht mehr vollschichtig, aber mindestens halbschichtig einsatzfähig und hat keinen Arbeitsplatz inne, der Arbeitsmarkt ist oder gilt als verschlossen.
3	BU liegt im Sinne des BSG-Beschlusses vom 10.12.76 vor Der Versicherte ist im Haupt- und Verweisungsberuf nicht mehr vollschichtig, aber mindestens halbschichtig, auf dem allgemeinen Arbeitsfeld jedoch vollschichtig einsatzfähig und hat keinen Arbeitsplatz inne, der Arbeitsmarkt ist oder gilt als verschlossen.
4	BU liegt im Sinne des BSG-Beschlusses vom 10.12.76 vor Der Versicherte ist im Haupt- und Verweisungsberuf und auf dem allgemeinen Arbeitsfeld nicht vollschichtig, aber mindestens halbschichtig einsatzfähig; der Arbeitsmarkt hinsichtlich des Haupt- und Verweisungsberufes ist oder gilt als verschlossen, der Versicherte hat jedoch einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsfeld inne, d. h. nicht im Haupt- oder Verweisungsberuf
5	EU liegt im Sinne des BSG-Beschlusses vom 10.12.76 vor Der Versicherte ist im Haupt- und Verweisungsberuf unter halbschichtig, auf dem allgemeinen Arbeitsfeld nicht mehr vollschichtig, aber mindestens halbschichtig einsatzfähig und hat keinen Arbeitsplatz inne, der Arbeitsmarkt ist oder gilt als verschlossen.
6	EU liegt im Sinne des BSG-Beschlusses vom 10.12.76 vor Der Versicherte ist im Haupt- und Verweisungsberuf sowie auf dem allgemeinen Arbeitsfeld unter halbschichtig einsatzfähig und hat keinen Arbeitsplatz inne, der Arbeitsmarkt ist oder gilt als verschlossen.

Dieser Punkt war vor allem vor dem Hintergrund der gesetzlichen Änderungen zum 01.01.2001 interessant. Die ursprüngliche Einteilung der LVA (Tab. 2) wurde zu Frühberentung unabhängig (0-1) bzw. abhängig (2-6) von der Arbeitsmarktlage zusammengefasst.

- *Rehabilitationsmaßnahmen*

Zu Rehabilitationsmaßnahmen gab es zwei verschiedene Dokumentationen. Zum einen wurden Rehabilitationsmaßnahmen erfasst, die aufgrund der Berentungsdiagnose durchgeführt worden sind. Hier wurde unterschieden zwischen keiner Maßnahme, reiner Heilbehandlung, Heilbehandlung und Berufsförderung oder reiner Berufsförderung. Diese Gruppen sind noch einmal nach dem Zeitpunkt der Maßnahme in bezug zum Rentenbeginn unterteilt.

Zum anderen sind noch Angaben generell zur letzten Rehabilitationsmaßnahme vor Rentenbeginn erhoben worden, egal aufgrund welcher Diagnose. Es wurden beide Angaben hinsichtlich Häufigkeit und der Verteilung zwischen Frauen und Männern untersucht.

- *Beruf*

Die Berufe sind nach dem Berufsklassenschlüssel des VDR verschlüsselt. Zur Auswertung wurden sie in die dem Schlüssel entsprechenden Gruppen eingeteilt (Tab. 3). Nach den Angaben auf den Berufsinformationskarten der Bundesanstalt für Arbeit wurde versucht, die einzelnen Berufe hinsichtlich der Schwere der körperlichen Arbeit einzuteilen, um eventuelle Zusammenhänge zwischen dieser und dem Frühberentungsgeschehen aufzuzeigen.

Tab. 3 Berufsklassen

Klasse	Nummer	Name
I	0110-0621	Pflanzenbauer, Tierzüchter, Fischereiberufe
II	0730-0910	Bergleute, Mineralgewinner
III	1010-5496	Fertigungsberufe
IV	6010-6359	Technische Berufe
V	6810-9370	Dienstleistungsberufe
VI	9710-9910	Sonstige Arbeitskräfte *

*z. B. Mithelfende Familienangehörige außerhalb der Landwirtschaft; Lehrlinge, Praktikanten oder Volontäre mit noch nicht feststehendem Beruf; Arbeitskräfte (arbeitssuchend) mit noch nicht bestimmtem Beruf; Beschäftigter, Arbeiter oder Gruppenleiter in einer Werkstatt für Behinderte; Arbeitskräfte ohne nähere Tätigkeitsangabe

- *Versicherungsstatus Vorjahr*

Aufgeführt wird der Versicherungsstatus des Jahres vor dem Leistungsfall, Stichtag ist der 31. Dezember .

Nicht in die Auswertung einbezogen wurden die Variablen „Nebendiagnose“, „Diagnoseangaben bei den Rehabilitationsmaßnahmen“ sowie „Erhalt von Übergangsgeld“.

5.3. Auswertungsschritte

Zunächst wurden aus dem zur Verfügung stehenden Zahlenmaterial die für die Untersuchung notwendigen Daten ausgewählt. Anhand dieser konnten dann wie oben beschrieben neue Variablen berechnet bzw. deren Ausprägungen zusammengefasst werden.

Die eigentliche Auswertung erfolgte mit Hilfe deskriptiver statistischer Verfahren. Die Häufigkeiten der einzelnen Variablenausprägungen wurden erfasst und anhand von Tabellen bzw. Diagrammen dargestellt. Da die Variablen bis auf Alter und Kinderzahl nur nominales Skalenniveau aufweisen, konnten nur bei diesen beiden Mittelwert, Median und entsprechende Tests berechnet bzw. angewandt werden. Es schloss sich die geschlechtsspezifische Analyse an. Hierbei war das Ziel, eventuelle Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten zwischen den beiden Geschlechtern aufzuzeigen. Dazu wurden die Häufigkeiten getrennt für Frauen und Männer berechnet, wiederum in Form von Tabellen oder Grafiken dargestellt und wenn möglich, mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests auf statistische Zusammenhänge untersucht. Damit der Chi-Quadrat-Test korrekt angewendet werden kann, dürfen in der Kreuztabelle höchstens 20% der Felder eine erwartete Häufigkeit <5 haben (Bühl und Zöfel 2000). Bei Variablen mit vielen verschiedenen Ausprägungen war dies nicht immer der Fall. Ob ein Unterschied signifikant war oder nicht, wurde anhand der Irrtumswahrscheinlichkeit p nach folgendem Schema entschieden (Bühl und Zöfel 2000):

Irrtumswahrscheinlichkeit	Signifikanzniveau
$p > 0,05$	nicht signifikant
$p \leq 0,05$	signifikant
$p \leq 0,01$	sehr signifikant
$p \leq 0,001$	höchst signifikant

Um festzustellen, ob bestimmte Variablenausprägungen statistisch signifikant häufiger oder seltener in Abhängigkeit vom Geschlecht auftraten, folgte anschließend die Berechnung von Odds ratios einschließlich der dazugehörigen 95 %-Konfidenzintervalle. Die Bezugsgruppe war immer die der Frauen, das bedeutet, dass bei einer Odds ratio <1 die entsprechende Variablenausprägung häufiger bei Männern, bei einer Odds ratio >1 häufiger bei Frauen in Erscheinung trat. Als statistisch signifikant wurde ein Zusammenhang angesehen, wenn der

Wert 1 nicht im 95 %-Konfidenzintervall enthalten war. Diese Werte sind in den entsprechenden Tabellen fettgedruckt.

Bei einigen signifikanten Unterschieden zwischen Frauen und Männern wurde vermutet, dass diese durch Kreuzkorrelationen mit anderen Variablen zumindest mitverursacht sind. Es wurde überlegt, mit welchen Variablen solche Kreuzkorrelationen möglich sein könnten und dies mithilfe von Kreuztabellen überprüft. Dabei waren Zusammenhänge zwischen den Variablen teilweise schon aus dem Vergleich der Prozentzahlen ersichtlich, zum Teil wurden auch tatsächliche und erwartete Häufigkeiten und das Verhältnis dieser Differenzen zur Gesamtzahl verglichen.

Zuletzt sind die Ergebnisse mit den Daten des VDR und anderen Arbeiten zum Frühberentungsgeschehen oder allgemein zum Gesundheitszustand von Frauen und Männern verglichen worden. Da zwischen den Rentenversicherungsträgern ArV, AnV und KnV Unterschiede für fast alle Variablen existieren, wird bei den Vergleichen immer auf Daten der ArV Bezug genommen, sofern dies aufgrund des Datenmaterials möglich war. Sollte das nicht der Fall sein, ist dies an entsprechender Stelle angegeben. Zur ArV gehören neben den einzelnen Landesversicherungsanstalten noch die Bahnversicherungsanstalt AR sowie die Seekasse AR, die jedoch zahlenmäßig im Verhältnis recht gering sind.

6. Ergebnisse

6.1. Gebiet

Es wurden Daten von zwei Städten (Gera Stadt, Jena Stadt) und zwei Landkreisen (Saale-Orla-Kreis, Landkreis Saalfeld Rudolstadt) erhoben. Es handelt sich jeweils um die erstmals bewilligten Frührentenzugänge der Jahre 1996 und 1997. Die Verteilung der Daten auf die einzelnen Gebiete und entsprechenden Jahre zeigt Tab. 4.

Vergleicht man die Frühberentungsinzidenzen der einzelnen Gebiete, zeigt sich, dass in allen Gebieten, bezogen auf die Zahl der Aktiv Versicherten, 1997 mehr Personen erstmals frühberentet wurden als 1996 (Tab. 5) .

Tab. 4 Verteilung der Daten auf die einzelnen Gebiete und entsprechenden Jahre

Gebiet	Jahr des Rentenbeginns						Gesamt	
	1996			1997				
	Anzahl	% Jahr	% Gebiet	Anzahl	% Jahr	% Gebiet	Anzahl	% Jahr
Gera-Stadt	171	23,5	48,7	180	21,2	51,3	351	22,2
Jena-Stadt	133	18,3	46,8	151	17,7	53,2	284	18,0
Saale-Orla-Kreis	171	23,5	42,8	229	26,9	57,3	400	25,3
Landkreis Saalfeld-Rudolstadt	253	34,8	46,5	291	34,2	53,5	544	34,5
Gesamt	728	100,0	46,1	851	100,0	53,9	1579	100,0

Tab. 5 Aktiv Versicherte LVA Thüringen und Frührentenzugänge (%)

Gebiet	Jahr	Aktiv Versicherte der LVA Thüringen	Frührentenzugänge (%)
Gera-Stadt	1996	21.463	8
	1997	21.084	8,5
Jena-Stadt	1996	15.417	8,6
	1997	14.707	10,3
Saale-Orla-Kreis	1996	27.186	6,3
	1997	26.447	8,7
Landkreis Saalfeld-Rudolstadt	1996	33.547	7,5
	1997	32.842	8,9

Im folgenden wird die Verteilung auf die einzelnen Gebiete getrennt für Frauen und Männer dargestellt. 587 der untersuchten Personen sind weiblichen, 992 männlichen Geschlechts. Dies entspricht einem Anteil von 37,2 % Frauen und 62,8 % Männer. Die Verteilung der Frauen und Männer auf die einzelnen Gebiete ist in Tab. 6 dargestellt.

Vergleicht man die Inzidenzen miteinander, so ergibt sich auch für beide Geschlechter getrennt 1997 eine höhere Frühberentungsrate als 1996. In den meisten Gebieten werden Frauen häufiger als Männer frühberentet (Tab. 7).

Tab. 6 Verteilung nach Region, Jahr und Geschlecht

Gebiet	Frauen			Männer		
	Anzahl	% Geschlecht	% Gebiet	Anzahl	% Geschlecht	% Gebiet
Gera-Stadt 1996	55	32,2	9,4	116	67,8	11,7
Jena-Stadt 1996	48	36,1	8,2	85	63,9	8,6
Saale-Orla-Kreis 1996	65	38	11,1	106	62	10,7
Landkreis Saalfeld-Rudolstadt 1996	83	32,8	14,1	170	67,2	17,1
Gera-Stadt 1997	67	37,2	11,4	113	62,8	11,4
Jena-Stadt 1997	59	39,1	10,1	92	60,9	9,3
Saale-Orla-Kreis 1997	92	40,2	15,7	137	59,8	13,8
Landkreis Saalfeld-Rudolstadt 1997	118	40,5	20,1	173	59,5	17,4
Gesamt	587	37,2	100	992	62,8	100

Tab. 7 Aktiv Versicherte LVA Thüringen und Frührentenzugänge (%o) nach Geschlecht

Gebiet	Jahr	Aktiv Versicherte der LVA Thüringen		Frührentenzugänge (%o)	
		Frauen	Männer	Frauen	Männer
Gera-Stadt	1996	7.138	14.325	7,7	8,1
	1997	7.051	14.033	9,5	8,1
Jena-Stadt	1996	4.522	10.895	10,6	7,8
	1997	4.239	10.468	13,9	8,8
Saale-Orla-Kreis	1996	9.556	17.630	6,8	6,0
	1997	9.182	17.265	10,0	7,9
Landkreis Saalfeld-Rudolstadt	1996	11.647	21.900	7,1	7,8
	1997	11.340	21.502	10,4	8,0

59,8 % (944 Personen) der Frührentner stammen aus einer ländlichen Region, 40,2 % (635 Personen) haben ihren Wohnsitz in städtischem Gebiet. Für die Region Land ergibt sich eine Frühberentungsrate von 7,9 %o, für das Stadtgebiet 8,6 %o. Somit werden Personen, die in städtischem Gebiet leben, häufiger frühberentet als Personen aus ländlichen Regionen.

Von den FrührentnerInnen der beiden Landkreise waren 586 (62,1 %) männlichen und 358 (37,9 %) weiblichen Geschlechts. In den beiden Städten waren 406 (63,9 %) der FrührentnerInnen Männer und 229 (36,1 %) Frauen. Der Chi-Quadrat-Test zeigt hierbei keine signifikanten Abweichungen, d. h. die Verteilung der Frauen und Männer auf die Gebiete entspricht der Verteilung insgesamt.

Die Frühberentungsinzidenz ist bei den Frauen sowohl im Stadtgebiet als auch im Landgebiet höher als bei den Männern. Somit werden Frauen unabhängig vom Gebiet häufiger frühberentet als Männer. Für beide Geschlechter getrennt sind die Inzidenzen in den beiden Städten höher als in den Landkreisen (Tab. 8).

Tab. 8 Anzahl und Frühberentungsinzidenzen nach Gebiet und Geschlecht

Gebiet	Geschlecht					
	Frauen			Männer		
	Anzahl	Prozent	Inzidenz ‰	Anzahl	Prozent	Inzidenz ‰
Stadt	229	36,1	10	406	63,9	8,2
Land	358	37,9	8,6	586	62,1	7,5

6.2. Alter

Eine wichtige Fragestellung dieser Arbeit war die nach der Altersstruktur der FrührentnerInnen. Die Altersverteilung ist deutlich rechtsgipflig (Abb. 1). Dies war zu erwarten, da die Anzahl der erstmals frühberenteten Personen mit steigendem Lebensalter zunimmt. Der Gipfel der Kurve befindet sich bei 57 Jahren, d. h. in diesem Alter werden die meisten Menschen frühberentet. Die schon anhand der Graphik sichtbare Abweichung von der Normalverteilung wurde anhand des Kolmogorov-Smirnov-Tests überprüft und bestätigt (Bühl und Zöfel 2000).

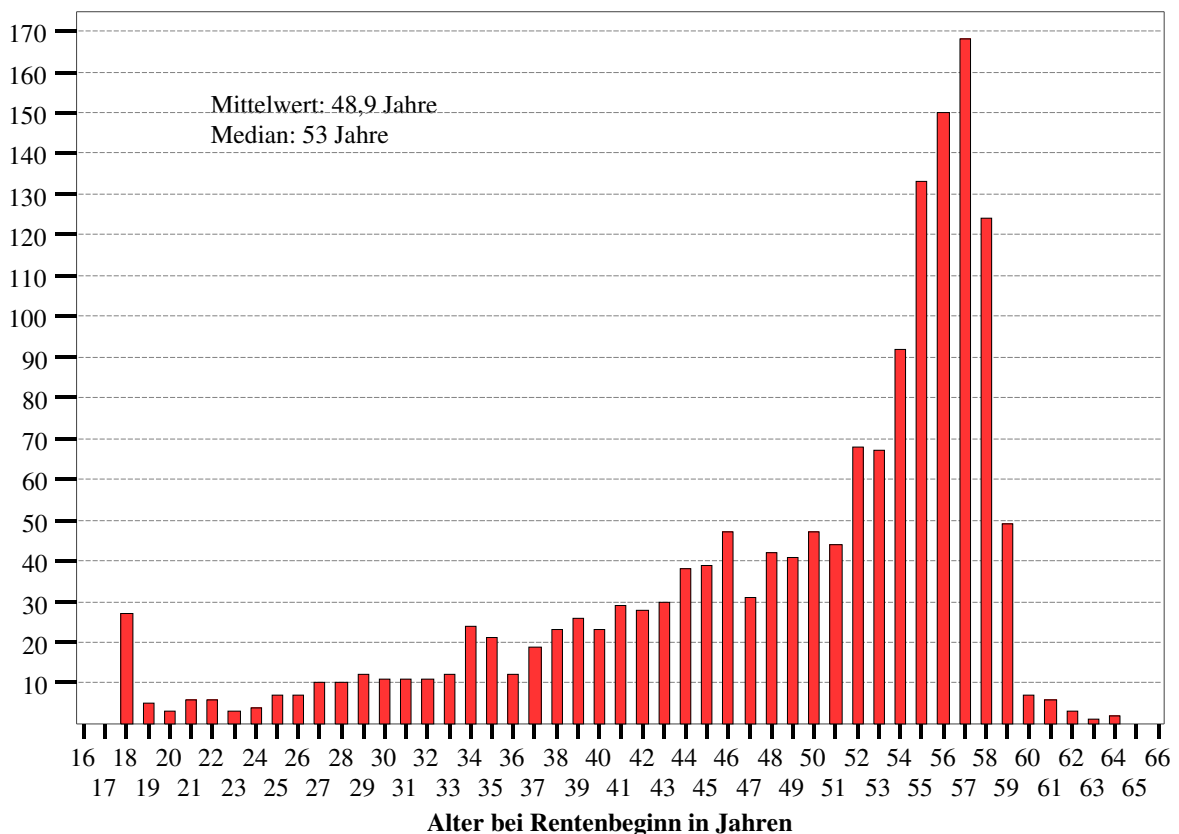


Abb. 1 Alter bei Rentenbeginn

Der Mittelwert liegt bei 48,86 Jahren mit einer Standardabweichung von 9,91 Jahren. Da es sich nicht um eine Normalverteilung handelt, ist der Median aussagekräftiger als der Mittelwert (Bödeker 1993). Dieser entspricht einem Alter von 53 Jahren. Die jüngste frühberentete

Person war bei Antragstellung 18, die Älteste 64 Jahre alt. Nach Art.2§10 RÜG hatten bis 1996 Personen, die aufgrund von Invalidität keine Berufstätigkeit aufnehmen können, mit 18 Jahren einen Anspruch auf Invalidenrente für Behinderte. Dies erklärt die im Verhältnis zu den unmittelbar folgenden Altersgruppen relativ große Anzahl der mit 18 Jahren erstmals frühberenteten Personen.

Für weitere Untersuchungsschritte wurden Altersgruppen von jeweils 5 Jahren gebildet, wie es auch in anderen Auswertungen zu Frühberentungen getan wurde (Biefang et al. 1989, Rehfeld 1991). Dadurch ist ein Vergleich der hier vorliegenden Daten mit anderen Auswertungen möglich. Die Verteilung auf die einzelnen Altersklassen zeigt Tab. 9.

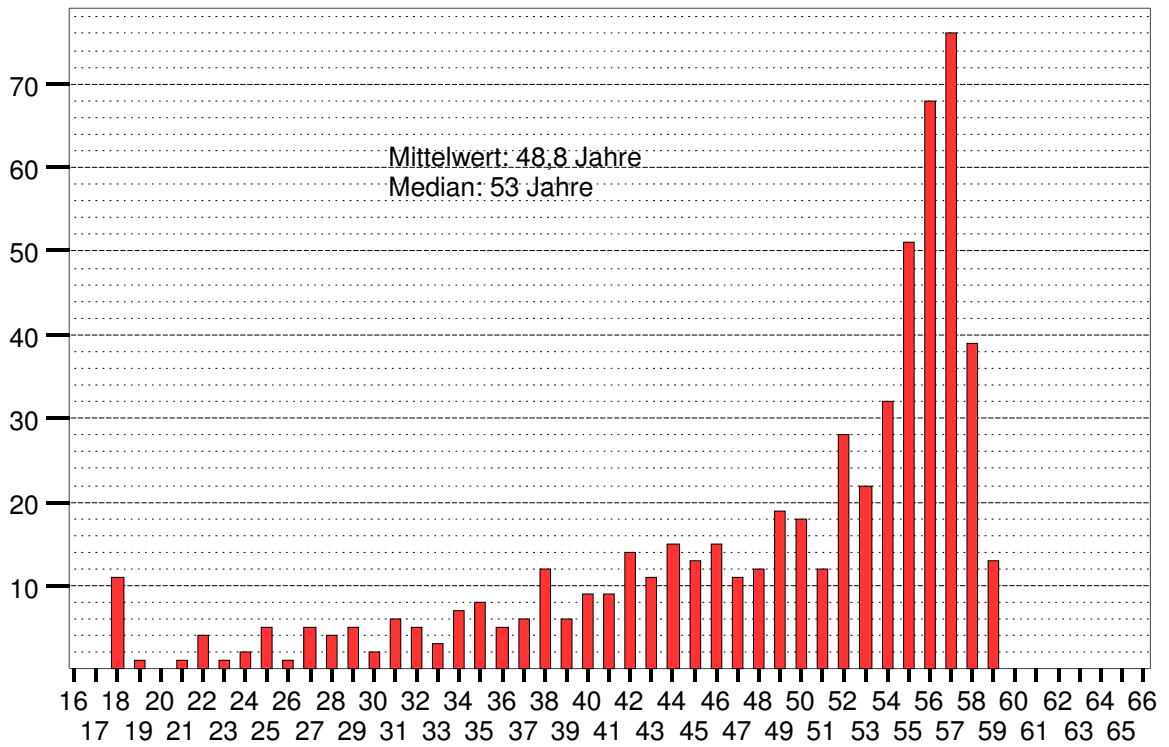
Tab. 9 Alter bei Rentenbeginn

Alter	Anzahl	Prozent	Anzahl kumulativ	Prozent kumulativ
15-19 Jahre	32	2,0	32	2,0
20-24 Jahre	22	1,4	54	3,4
25-29 Jahre	46	2,9	100	6,3
30-34 Jahre	69	4,4	169	10,7
35-39 Jahre	101	6,4	270	17,1
40-44 Jahre	148	9,4	418	26,5
45-49 Jahre	200	12,7	618	39,1
50-54 Jahre	318	20,1	936	59,3
55-59 Jahre	624	39,5	1560	98,8
60-64 Jahre	19	1,2	1579	100,00
Gesamt	1579	100,0		

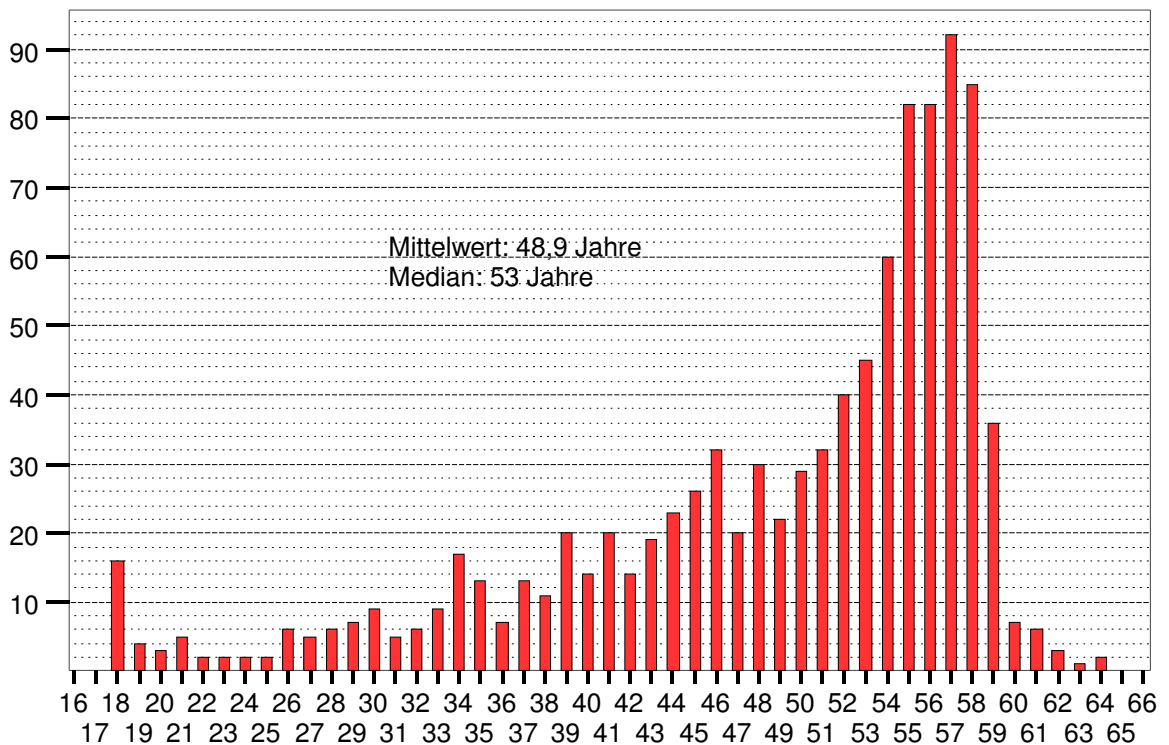
Ca. 82 % aller frühberenteten Personen sind bei Berentung zwischen 40 und 59 Jahre alt. Die Altersgruppe mit der größten Zahl an Frühberentungen ist die der 55-59-Jährigen mit 39,5 % aller Frühberentungen, an zweiter Stelle folgen die 50-54-Jährigen mit 20,1 %. Ab einem Alter von 60 Jahren nimmt die Zahl der frühberenteten Personen stark ab, hier scheinen vorgezogene Altersruhegelder bzw. „normale“ Altersruhegelder eine größere Rolle zu spielen. Inwieweit die Anhebung der Rentenaltersgrenze eine Verschiebung der Altersverteilung von frühberenteten Personen zu einem höheren Durchschnittsalter hin beeinflussen wird, bleibt abzuwarten.

Im Vordergrund der Untersuchung stand die Frage nach Geschlechtsunterschieden hinsichtlich der Frühberentung. So sollte unter anderem die Frage geklärt werden, ob Frauen oder Männer früher berentet werden. Die Alterstruktur getrennt nach Geschlecht ist in Abb. 2 dargestellt.

Frauen



Männer



Alter in Jahren

Abb. 2 Häufigkeit der Frühberentung nach Alter bei Rentenbeginn und Geschlecht

Der Kurvenverlauf des Frühberentungsalters ist für beide Geschlechter ähnlich. Die Anzahl der Männer überwiegt in den meisten Altersgruppen. Es ergeben sich sowohl für Frauen als auch für Männer deutlich rechtsgipfelige Kurven. Die auch hier schon in der Grafik sichtbare Abweichung von einer normalverteilten Funktion ist wieder mithilfe des Kolmogorov-Smirnov-Tests überprüft und bestätigt worden. Der Mittelwert des Alters liegt bei den Frauen bei 48,8 Jahren, die Männer sind bei Berentung im Mittel 48,9 Jahre. Somit ergibt sich für Männer und Frauen kein signifikanter Unterschied in bezug auf den Mittelwert des Berentungsalters. Die Standardabweichung vom Mittelwert ist mit 9,92 Jahren bei den Männern und 9,91 Jahren bei den Frauen ebenfalls nahezu identisch. Auch hier ist der Median aufgrund der Verteilung wieder der aussagekräftigere Parameter (Bödeker 1993). Er liegt bei beiden Geschlechtern bei 53 Jahren. Der jüngste frühberentete Mann war 18, der Älteste 64 Jahre alt. Bei den Frauen ist das niedrigste Berentungsalter ebenfalls 18 Jahre, das Höchste jedoch nur 59 Jahre. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass für die hier untersuchten Frauen noch eine Regelaltersgrenze von 60 Jahren galt. Es lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die Altersverteilung der hier untersuchten Frauen und Männer für beide Geschlechter nahezu gleich ist.

Nach 5-Jahres-Altersgruppen betrachtet, sind sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die häufigsten Altersgruppen die der 55-59-Jährigen (Tab. 10). In diesem Alter werden 42,1 % der Frauen und 38,0 % der Männer frühberentet. Es folgen die Gruppen der 50-54-Jährigen (Frauen 19,1 %; Männer 20,8 %) und der 45-49-Jährigen (Frauen 11,9 %; Männer 13,1 %). Für beide Geschlechter lässt sich eine deutliche Häufung der Frühberentungen im mittleren Lebensalter feststellen, wie es sich auch schon bei der allgemeinen Analyse ergeben hatte. Zwischen dem 40. und dem 59. Lebensjahr werden 81 % aller Männer und 83 % aller Frauen frühberentet. Die prozentuale Verteilung auf die einzelnen Altersgruppen ist bei Frauen und Männern sehr ähnlich (Tab. 10). Dies verdeutlicht auch Abb. 3, in der die kumulativen Prozente des Berentungsalters getrennt für beide Geschlechter dargestellt werden. Die Kurven verlaufen nahezu deckungsgleich, bei den Frauen ist lediglich die letzte Altersgruppe nicht vertreten (s. o.).

Mithilfe von Odds ratios und den entsprechenden 95 %-Konfidenzintervallen wurde die Verteilung von Frauen und Männern auf die einzelnen Altersklassen auf eventuell vorhandene signifikante statistische Abweichungen überprüft. Wie sich schon anhand der Prozentwerte zeigte, ergeben sich hierbei keinerlei signifikante Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern (Tab. 10).

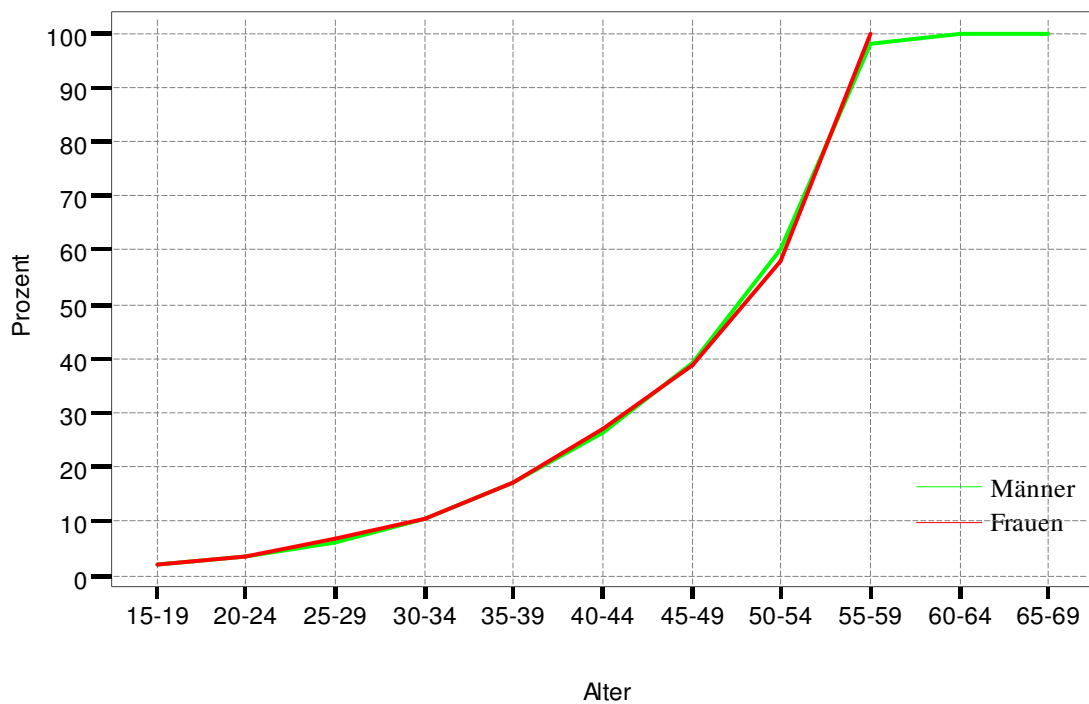


Abb. 3 Alter bei Rentenbeginn in 5-Jahres-Altersgruppen

Tab. 10 Alter bei Rentenbeginn in 5-Jahres-Altersgruppen nach Geschlecht

Alter	Frauen				Männer				Odds ratio	Konfidenzintervall (95 %)
	1	2	3	4	1	2	3	4		
15-19	12	2,0	12	2,0	20	2,0	20	2,0	1,014	0,492-2,090
20-24	8	1,4	20	3,4	14	1,4	34	3,4	0,965	0,402-2,315
25-29	20	3,4	40	6,8	26	2,6	60	6,0	1,311	0,725-2,369
30-34	23	3,9	63	10,7	46	4,6	106	10,6	0,839	0,503-1,398
35-39	37	6,3	100	17,0	64	6,5	170	17,1	0,975	0,642-1,482
40-44	58	9,9	158	26,9	90	9,1	260	26,2	1,099	0,777-1,555
45-49	70	11,9	228	38,8	130	13,1	390	39,3	0,898	0,658-1,224
50-54	112	19,1	340	57,9	206	20,8	596	60,1	0,900	0,696-1,163
55-59	247	42,1	587	100,0	377	38,0	973	98,1	0,934	0,859-1,017
60-64					19	1,9	992	100		
Gesamt	587	100,0			992	100,0				

1=Anzahl, 2=Prozent, 3= Anzahl kumulativ, 4= Prozent kumulativ

6.3. Diagnose

6.3.1. Diagnoseklassen

Neben dem Alter war die Häufigkeitsverteilung der Diagnoseklassen ein Schwerpunkt dieser Arbeit. Zunächst wurden die Häufigkeiten der einzelnen Diagnoseklassen untersucht. Das Ergebnis ist in Abb. 4 dargestellt.

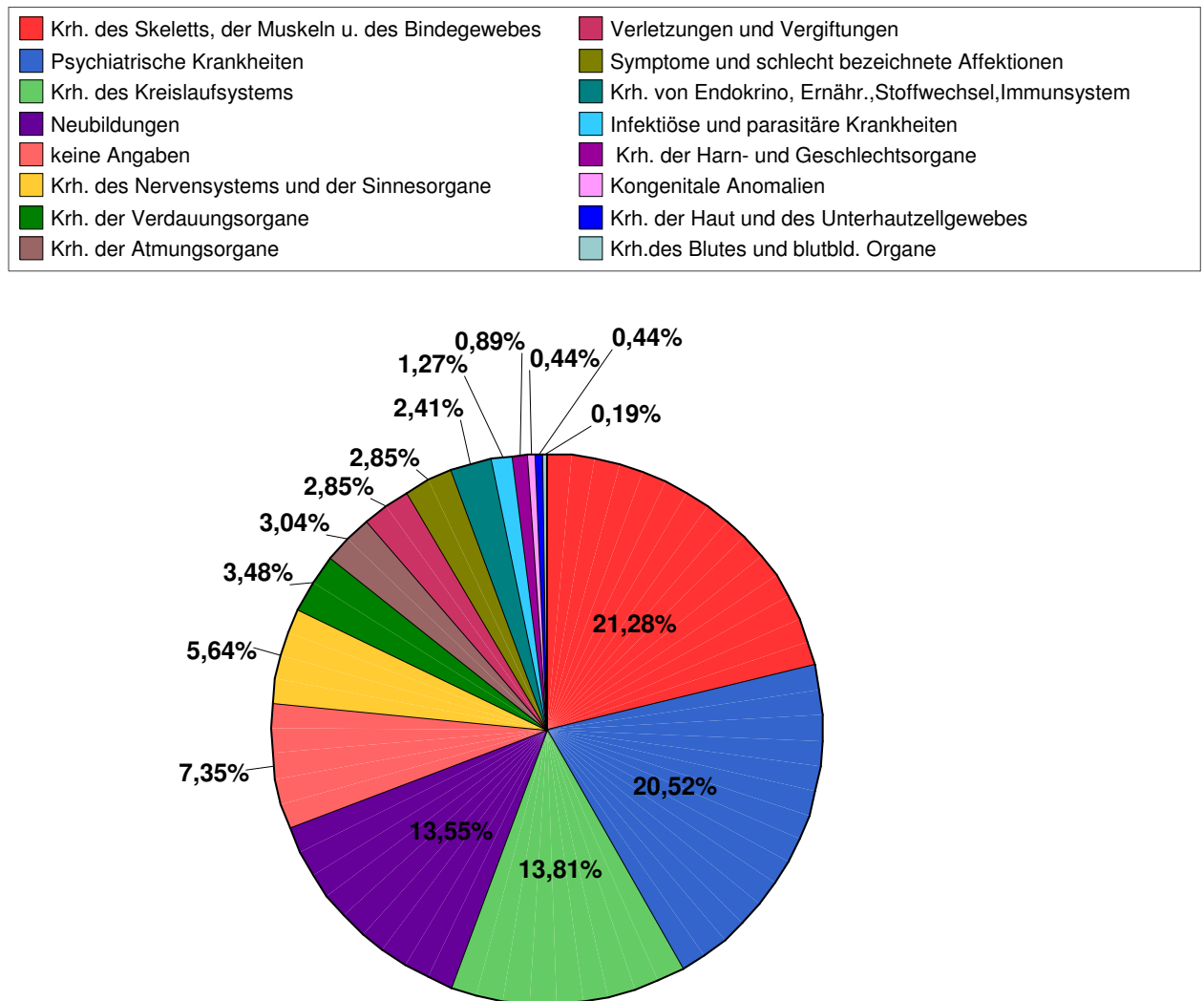


Abb. 4 Diagnoseklassen insgesamt

Rund 70 % aller Frühberentungen sind durch die vier häufigsten Diagnoseklassen bedingt. Dabei stehen an erster Stelle Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes mit 21,3 %. Es folgen psychiatrische Erkrankungen (20,5 %), Krankheiten des Kreislaufsystems (13,8 %) und Neubildungen (13,6 %).

Für Frauen und Männer getrennt ergeben sich jeweils dieselben 4 häufigsten Diagnoseklassen. Sie unterscheiden sich lediglich in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit (Abb. 5 und Tab. 11). Auf sie entfallen bei den Männern 66,4 % aller Frühberentungsfälle, bei den Frauen sind es sogar 73,7 %.

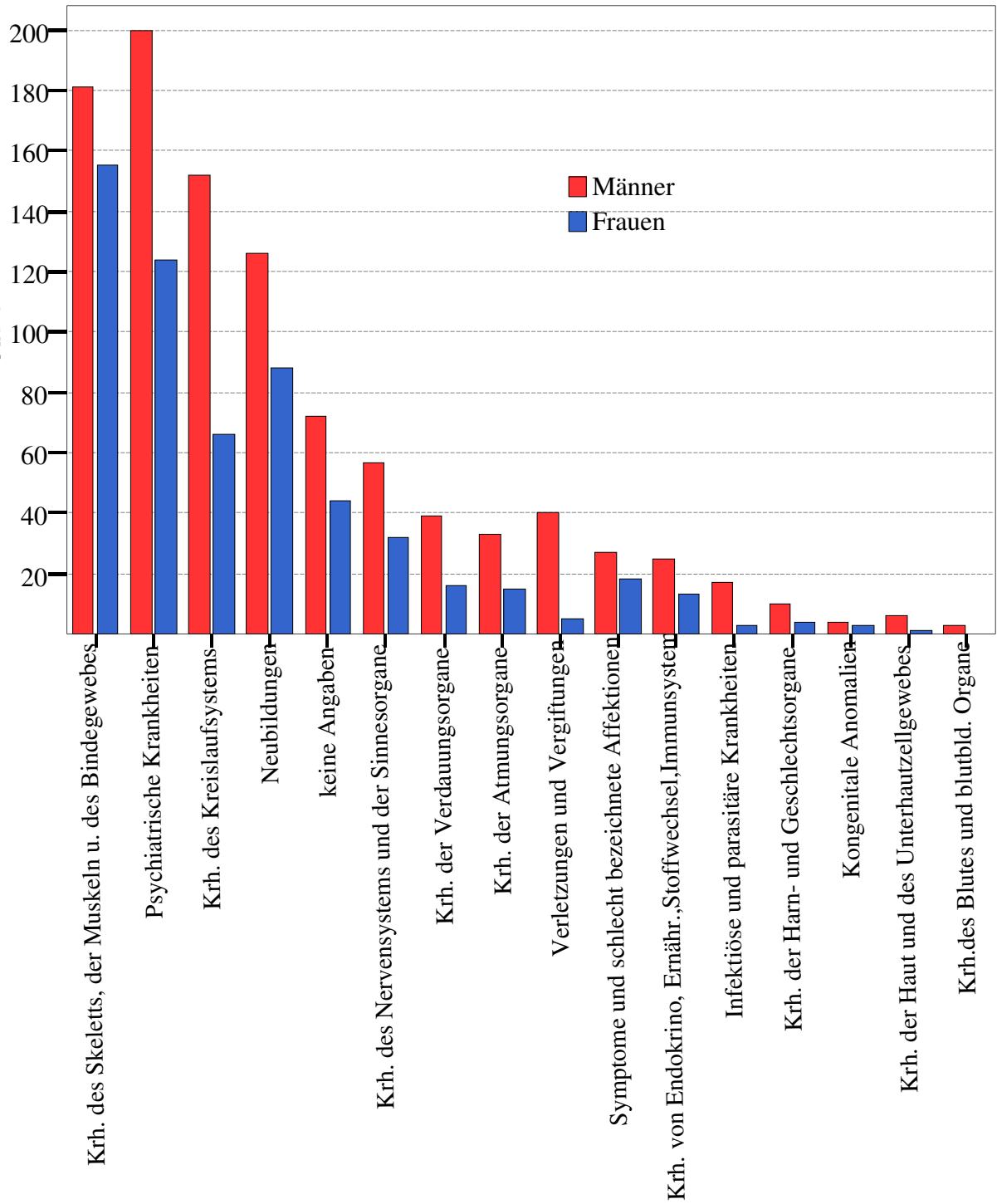


Abb. 5 Diagnoseklassen nach Geschlecht

Tab. 11 Diagnoseklassen nach Geschlecht

Diagnoseklasse	Frauen		Männer		Gesamt		Odds ratio	KI (95 %)
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent		
Keine Angaben	44	7,5	72	7,3	116	7,3	1,035	0,701-1,529
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	3	0,5	17	1,7	20	1,3	0,295	0,086-1,010
Neubildungen	88	15,0	126	12,7	214	13,6	1,212	0,904-1,626
Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, sowie Störungen im Immunitätssystem	13	2,2	25	2,5	38	2,4	0,876	0,445-1,726
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe			3	0,3	3	0,2		*
Psychiatrische Krankheiten	124	21,1	200	20,2	324	20,5	1,061	0,825-1,364
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	32	5,5	57	5,7	89	5,6	0,946	0,606-1,477
Krankheiten des Kreislaufsystems	66	11,2	152	15,3	218	13,8	0,700	0,514-0,953
Krankheiten der Atmungsorgane	15	2,6	33	3,3	48	3,0	0,762	0,410-1,415
Krankheiten der Verdauungsorgane	16	2,7	39	3,9	55	3,5	0,685	0,379-1,237
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	4	0,7	10	1,0	14	0,9	0,674	0,210-2,158
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	1	0,2	6	0,6	7	0,4	0,280	0,034-2,335
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	155	26,4	181	18,2	336	21,3	1,608	1,259-2,052
Kongenitale Anomalien (Angeborene Mißbildungen)	3	0,5	4	0,4	7	0,4	1,269	0,283-5,689
Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	18	3,1	27	2,7	45	2,8	1,131	0,617-2,071
Verletzungen und Vergiftungen	5	0,9	40	4,0	45	2,8	0,204	0,080-0,521
Gesamt	587	100,0	992	100,0	1579	100,0		

*bei Frauen nicht besetzt, somit kein Verhältnis berechenbar

Bei den Frauen stehen mit 26,4 % die Erkrankungen des Bewegungsapparates an erster Stelle, es folgen psychiatrische Erkrankungen (21,1 %), Neubildungen (15,0 %) und erst an vierter Stelle die Erkrankungen des Kreislaufsystems (11,2 %). Die meisten Männer werden aufgrund von psychiatrischen Erkrankungen (20,2 %) berentet. Erkrankungen des Bewegungsap-

parates sind bei ihnen erst der zweithäufigste Frühberentungsgrund (18,2 %), es folgen Kreislaufkrankungen (15,3 %) und Neubildungen (12,7 %).

Der Chi-Quadrat-Test gibt einen höchst signifikanten Zusammenhang zwischen Geschlecht und Diagnoseklasse an ($p < 0,001$). Die Berechnung der Odds ratios für die einzelnen Diagnoseklassen ist in Tab. 11 dargestellt. Die schon dort erkennbare weitgehende prozentuale Gleichverteilung für Frauen und Männer zeigt sich auch in den meisten der Odds ratios. Signifikante Abweichungen ergeben sich für drei Diagnoseklassen. So erkrankten Frauen seltener an Krankheiten des Kreislaufsystems (OR: 0,700; 95 %-KI: 0,514-0,953) und an Verletzungen und Vergiftungen (OR: 0,204; KI: 0,080-0,521). Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes treten hingegen häufiger bei Frauen auf (OR: 1,608; KI: 1,259-2,052). Für die Bedeutung der Diagnoseklassen im Frühberentungsgeschehen ist neben ihrer Häufigkeit auch wichtig, wie viele Jahre vor Erreichen eines normalen Rentenalters der Rentenfall eintritt. Die Struktur des Berentungsalters ist für die einzelnen Diagnoseklassen verschieden. Tab. 12 zeigt für die einzelnen Diagnoseklassen das Durchschnittsalter und den Median des Alters bei Rentenbeginn. Da die Altersstruktur einer rechtsgipfligen Verteilung entspricht und damit unsymmetrisch ist, hat der Median eine höhere Aussagekraft als der Mittelwert (Bödeker 1993).

Tab. 12 Alter bei Rentenbeginn (Mittelwert, Median) für einzelne Diagnoseklassen

Diagnoseklassen	Anzahl	Mittelwert	Median
Keine Angaben	116	49,7	52
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	20	50,75	52
Neubildungen	214	49,82	54
Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, sowie Störungen im Immunitätssystem	38	52,55	55
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	3	42,33	44
Psychiatrische Krankheiten	324	42,99	45
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	89	42,72	44
Krankheiten des Kreislaufsystems	218	53,68	55
Krankheiten der Atmungsorgane	48	50,65	53
Krankheiten der Verdauungsorgane	55	48,24	51
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	14	43,5	44,5
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	7	45,86	48
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	336	52,53	55
Kongenitale Anomalien (Angeborene Mißbildungen)	7	42,57	45
Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	45	48,4	54
Verletzungen und Vergiftungen	45	44,53	45

Bei Kreislauferkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates ist der Median mit 55 Jahren recht hoch, ebenso bei Neubildungen (54 Jahre). Im Gegensatz dazu sind bei psychiatrischen Erkrankungen und bei Erkrankungen des Nervensystems 50 % der FrührentnerInnen bereits im Alter von 45 bzw. 44 Jahren berentet. Damit ist ein sehr viel größerer Verlust an Erwerbsjahren verbunden (s. u.). Verletzungen und Vergiftungen passieren eher in den jüngeren Altersgruppen, denn auch hier liegt der Median mit 45 Jahren sehr niedrig.

Ein wichtiger ökonomischer Faktor ist der durch eine Diagnoseklasse verursachte Gesamtverlust an Erwerbsjahren, siehe Abb. 6. Hierbei wird die überragende Bedeutung der psychiatrischen Erkrankungen für das Frühberentungsgeschehen deutlich. Durch sie werden mehr als doppelt so viele Erwerbsjahre verloren wie durch die zweithäufigste Diagnoseklasse Erkrankungen des Bewegungsapparates (5512 Jahre gegenüber 2513 Jahren). An dritter Stelle folgen Neubildungen (2182 Jahre). Erkrankungen des Kreislaufsystems (1380 Jahre) folgen erst an fünfter Stelle nach den Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (1538 Jahre).

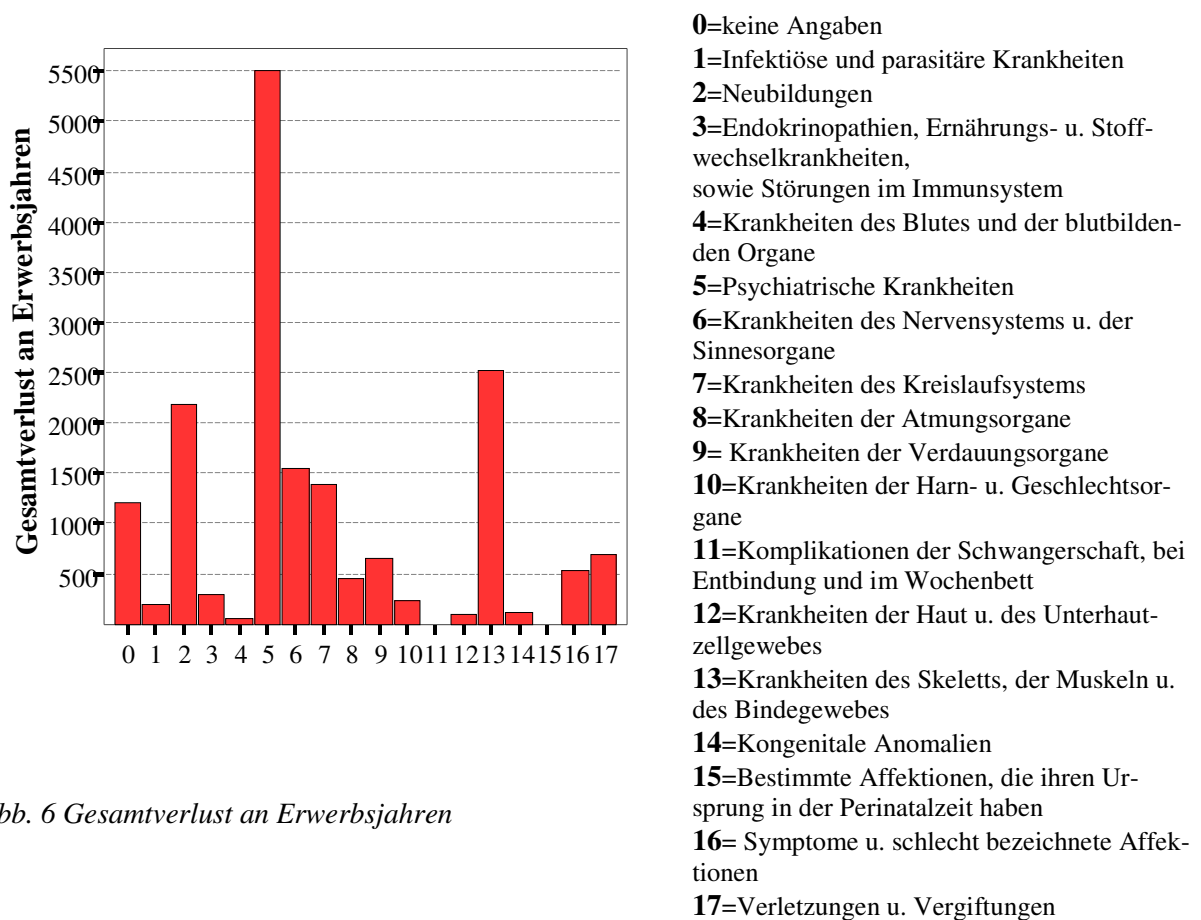


Abb. 6 Gesamtverlust an Erwerbsjahren

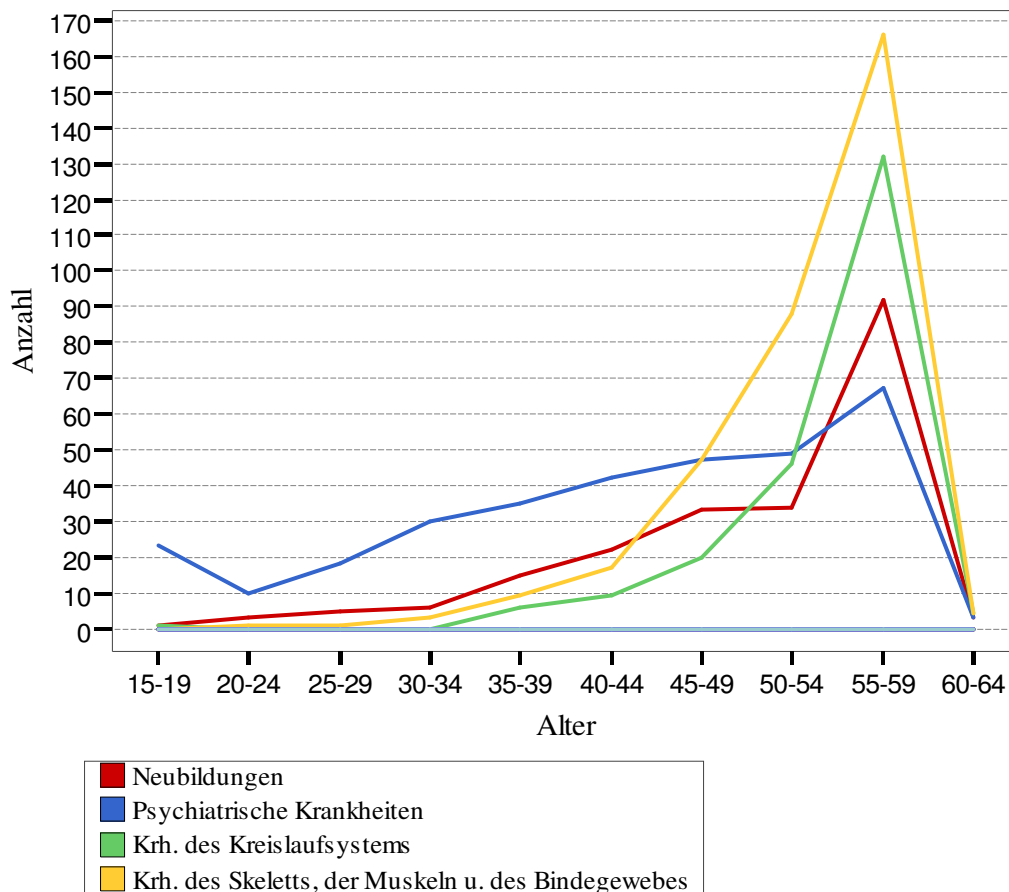


Abb. 7 Alter bei Rentenbeginn für die vier häufigsten Diagnoseklassen insgesamt

In Abb. 7 ist der Altersverlauf für die vier häufigsten Diagnoseklassen dargestellt. Dabei wird die unterschiedliche Berentungsaltersstruktur der verschiedenen Diagnoseklassen noch einmal deutlich. In den jüngeren Altersgruppen überwiegen die psychiatrischen Erkrankungen. Die Zunahme dieser Diagnoseklasse in den höheren Altersgruppen ist nicht so stark ausgeprägt wie bei den anderen Diagnoseklassen. Bis zu einem Alter von 40-44 Jahren sind Neubildungen der zweithäufigste Frühberentungsgrund, danach sind Erkrankungen des Bewegungsapparates die zunächst zweithäufigste, ab einem Alter von 45-49 Jahren die häufigste Frühberentungsursache. Die starke Zunahme an Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems beginnt ca. 5 Jahre später als bei den Erkrankungen des Bewegungsapparates. Ab einem Alter von 50-54 Jahren sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Diagnoseklasse für Frühberentungen.

Auch hier schließt sich die geschlechtsspezifische Auswertung an. In Tab. 13 sind der Mittelwert und der Median des Berentungsalters für die einzelnen Diagnoseklassen getrennt für Frauen und Männer dargestellt. Bei den häufigen Diagnoseklassen ergeben sich nur wenige Unterschiede. So ist der Median bei Neubildungen für Männer mit 52 Jahren drei Jahre niedriger als bei Frauen (55 Jahre). Dagegen sind 50 % der wegen Erkrankungen des Nervensys-

tems berenteten Frauen bereits mit 40,5 Jahren in Frührente, bei den Männern ist dies bei einem Alter von 46 Jahren der Fall. Bei den selteneren Diagnoseklassen sind teilweise erhebliche Differenzen vorhanden, deren Aussagekraft ist jedoch aufgrund der kleinen Fallzahlen sehr eingeschränkt.

Tab. 13 Mittelwert und Median des Berentungsalters der Diagnoseklassen nach Geschlecht

Diagnoseklasse	Frauen			Männer		
	Anzahl	Mittelwert	Median	Anzahl	Mittelwert	Median
keine Angaben	44	48,39	51	72	50,49	52
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	3	54,67	57	17	50,06	52
Neubildungen	88	51,02	55	126	48,98	52
Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, sowie Störungen im Immunitätssystem	13	51,92	56	25	52,88	54
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe				3	42,33	44
Psychiatrische Krankheiten	124	42,49	44,5	200	43,31	45
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	32	40,72	40,5	57	43,83	46
Krankheiten des Kreislaufsystems	66	53,39	55	152	53,81	55,5
Krankheiten der Atmungsorgane	15	52,6	54	33	49,76	52
Krankheiten der Verdauungsorgane	16	47,63	47	39	48,49	52
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	4	50,25	55,5	10	40,8	42,5
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	1	52	52	6	44,83	46
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	155	52,46	54	181	52,59	55
Kongenitale Anomalien (Angeborene Missbildungen)	3	37,33	38	4	46,5	54
Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	18	45,44	52	27	50,37	54
Verletzungen und Vergiftungen	5	44	49	40	44,6	44,5

In Abb. 8 wurde die Rentenaltersstruktur der vier wichtigsten Diagnoseklassen getrennt für Frauen und Männer dargestellt. Bis zu einem Alter von 45-49 Jahren sind psychiatrische Erkrankungen bei beiden Geschlechtern die häufigste Frühberentungsdiagnose, dann treten Erkrankungen des Bewegungsapparates an erste Stelle. Bei den Frauen bleibt diese Diagnoseklasse dann mit Abstand die Häufigste. Bei den Männern rücken ab einem Alter von 50-54 Jahren Kreislaferkrankungen an zweite Stelle und sind dann in etwa gleich häufig wie Erkrankungen von Skelett, Muskeln und Bindegewebe. Die stärkste Zunahme an Berentungsfällen ist ab einem Alter von 50-54 Jahren zu verzeichnen.

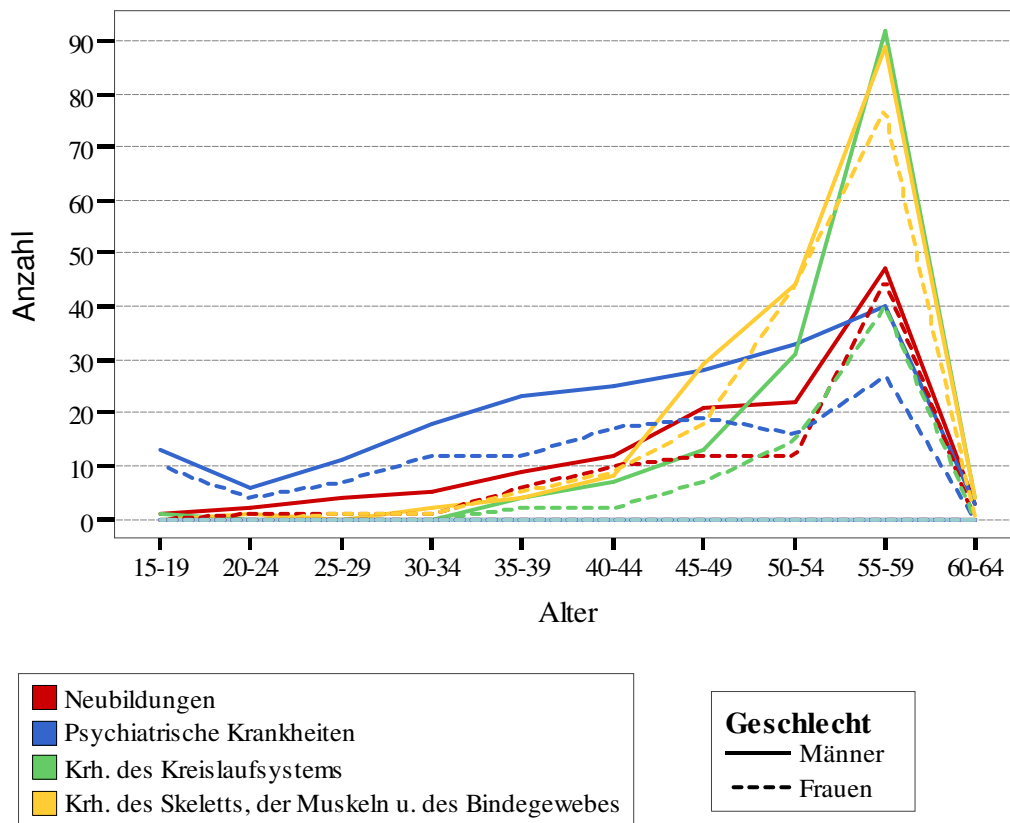
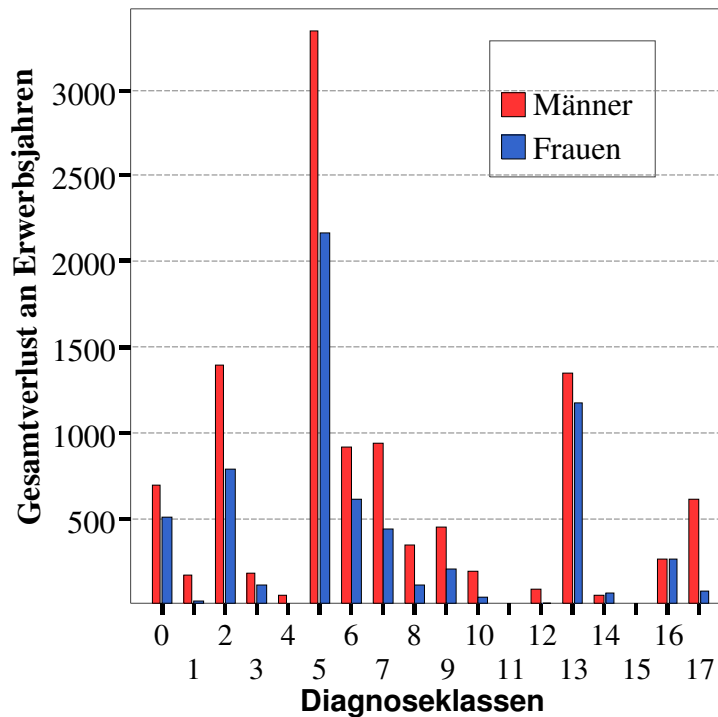


Abb. 8 Alter bei Rentenbeginn für die vier häufigsten Diagnoseklassen nach Geschlecht

Um zu sehen, ob sich für Frauen und Männer hinsichtlich des Verlusts an Erwerbsjahren Unterschiede ergeben, wurde dieser für Frauen und Männer getrennt berechnet. Bei beiden Geschlechtern stehen psychiatrische Erkrankungen an erster Stelle (Frauen 2171 Jahre, Männer 3341 Jahre). Bei den Männern folgen an zweiter Stelle Neubildungen mit 1392 Jahren und knapp dahinter Erkrankungen des Bewegungsapparates mit 1345 Jahren. Bei den Frauen hingegen stehen Erkrankungen des Bewegungsapparates an zweiter Stelle (1168 Jahre), der Unterschied zu den dann folgenden Neubildungen (790 Jahre) ist deutlich. Der viertgrößte Verlust an Erwerbsjahren wird bei Frauen durch Erkrankungen des Nervensystems hervorgerufen (617 Jahre), erst an fünfter Stelle stehen Erkrankungen des Kreislaufsystems (436 Jahre). So ist bei Frauen der Verlust an Erwerbsjahren durch psychiatrische Erkrankungen etwa doppelt so groß wie bei Erkrankungen des Bewegungsapparates und fünf mal so groß wie durch Kreislaufferkrankungen. Bei Männern sind die Kreislaufferkrankungen auf Rang vier (994 Jahre), es folgen hier ebenfalls Erkrankungen des Nervensystems (921 Jahre). Auch bei den Männern ist der Unterschied zwischen psychiatrischen Erkrankungen und den an zweiter Stelle folgenden Neubildungen sehr groß, die Differenz zwischen zweitem und drittem, bzw. viertem und fünftem Rang hingegen ist nicht so deutlich wie bei den Frauen (Abb. 9).



- 0**=keine Angaben
- 1**=Infektiöse und parasitäre Krankheiten
- 2**=Neubildungen
- 3**=Endokrinopathien, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten, sowie Störungen im Immunsystem
- 4**=Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe
- 5**=Psychiatrische Krankheiten
- 6**=Krankheiten des Nervensystems u. der Sinnesorgane
- 7**=Krankheiten des Kreislaufsystems
- 8**=Krankheiten der Atmungsorgane
- 9**=Krankheiten der Verdauungsorgane
- 10**=Krankheiten der Harn- u. Geschlechtsorgane
- 11**=Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett
- 12**=Krankheiten der Haut u. des Unterhautzellgewebes
- 13**=Krankheiten des Skeletts, der Muskeln u. des Bindegewebes
- 14**=Kongenitale Anomalien
- 15**=Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben
- 16**=Symptome u. schlecht bezeichnete Affektionen
- 17**=Verletzungen u. Vergiftungen

Abb. 9 Gesamtverlust an Erwerbsjahren nach Geschlecht

6.3.2. Diagnoseunterklassen

Im nächsten Schritt wurden die 17 Diagnoseklassen weiter unterteilt. Die häufigsten Unterklassen sind in Tab. 14 und 15 (getrennt nach Geschlecht) dargestellt. (Eine vollständige Auflistung für Frauen und Männer findet sich im Anhang, Tab. A5 und A6.) Bei den Frauen stehen „Dorsopathien“ an erster Stelle, immerhin 13,1 % aller Frühberentungen entfallen auf diese Diagnoseunterklasse. Es folgen „Arthropathien“ (9,5 %), „Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und andere nichtpsychotische Störungen“ (9 %) sowie „Andere Psychosen“ (6,8 %). Es dominieren hier Erkrankungen des Bewegungsapparates und

Tab. 14 Diagnoseunterklassen insgesamt

DIAGNOSE	Anzahl	Prozent
Dorsopathien	181	11,5
Neurosen, Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien) und andere nicht- psychotische psychische Störungen	158	10,0
keine Angaben	116	7,3
Arthropathien und verwandte Affektionen	112	7,1
Andere Psychosen	90	5,7
Ischämische Herzkrankheiten	67	4,2
Oligophrenien	66	4,2
Bösartige Neubildungen der Harn- u. Geschlechtsorgane	50	3,2
Sonstige Krankheiten des Zentralnervensystems	48	3,0
Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	46	2,9
Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane und des Bauchfells	44	2,8
Sonstige Krankheiten der Verdauungsorgane	44	2,8
Schlecht bezeichnete und unbekannte Krankheits- u. Todesursachen	40	2,5
Chronische obstruktive Lungenkrankheiten u. verwandte Affektionen	37	2,3
Bösartige Neubildungen der Knochen, des Bindegewebes ,der Haut und der Brustdrüse	36	2,3
Sonstige Formen von (nichtreumatischen) Herzkrankheiten	36	2,3
Osteopathien, Chondropathien und erworbene Deformitäten des Mus- kelskelettsystems	33	2,1
Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen	30	1,9
Hypertonie und Hochdruckkrankheiten	27	1,7
Bösartige Neubildungen der Atmungs- und intrathorakalen Organe	24	1,5
Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Ge- webes	20	1,3
Krankheiten der Venen und Lymphgefäße sowie sonstige Krankheiten des Kreislaufsystems	20	1,3
Bösartige Neubildungen von Lippe, Mundhöhle und Rachen	18	1,1
Affektionen des peripheren Nervensystems	18	1,1

psychiatrische Störungen. Bei den Männern sieht es ähnlich aus. Die wichtigsten Klassen sind „Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und andere nichtpsychotische psychische Störungen“ mit 10,6 % und „Dorsopathien“ mit 10,5 %. Es folgen „Arthropathien und verwandte Affektionen“ (5,6 %). Bei den Männern stehen an vierter Stelle „Ischämische Herzkrankheiten“ (5,2 %). Diese Diagnoseunterklasse ist bei Frauen erst an 12. Stelle mit 2,7 % zu verzeichnen. Deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede existieren hinsichtlich der Lokalisation von Neubildungen. Bei den Frauen sind am häufigsten „Bösartige Neubildungen der Harn- und Geschlechtsorgane“ (6 %) und „Bösartige Neubildungen von Knochen, Bindegewebe, Haut und Brustdrüse“ (5,3 %). Hiervon entfallen bei der ersten Diagnoseklasse 34,3 % auf die Zervix Uteri, 14,3 % auf das Corpus Uteri und 31,4 % auf das

Tab. 15 Häufigste Diagnoseunterklassen nach Geschlecht

Diagnose	Anzahl	Prozent
FRAUEN		
Dorsopathien	77	13,1
Arthropathien und verwandte Affektionen	56	9,5
Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und andere nichtpsychotische psychische Störungen	53	9
Andere Psychosen	40	6,8
Bösartige Neubildungen der Harn- und Geschlechtsorgane	35	6
Bösartige Neubildungen von Knochen, Bindegewebe, Haut und Brustdrüse	31	5,3
Oligophrenien	30	5,1
Sonstige Krankheiten des ZNS	21	3,6
Hypertonie und Hochdruckkrankheiten	17	2,9
Osteo- und Chondropathien und erworbene Deformitäten des Muskelskelettsystems	17	2,9
Schlecht bezeichnete und unbekannte Krankheits- und Todesursachen	16	2,7
Ischämische Herzkrankheiten	15	2,6
Sonstige Krankheiten der Verdauungsorgane	11	1,9
Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane und des Bauchfells	10	1,7
Krankheiten der Venen und Lymphgefäße sowie sonstige Krankheiten des Kreislaufsystems	10	1,7
Chronisch obstruktive Lungenkrankheiten und verwandte Affektionen	10	1,7
Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen	9	1,5
Sonstige Formen von (nicht rheumatischen) Herzkrankheiten	8	1,4
Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	8	1,4
Affektionen des Auges und seiner Anhangsgebilde	7	1,2
MÄNNER		
Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und andere nichtpsychotische psychische Störungen	105	10,6
Dorsopathien	104	10,5
Arthropathien und verwandte Affektionen	56	5,6
Ischämische Herzkrankheiten	52	5,2
Andere Psychosen	50	5
Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	38	3,8
Oligophrenien	36	3,6
Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane und des Bauchfells	34	3,4
Sonstige Krankheiten der Verdauungsorgane	33	3,3
Sonstige Formen von (nicht rheumatischen) Herzkrankheiten	28	2,8
Sonstige Krankheiten des Zentralnervensystems	27	2,7
Chronisch obstruktive Lungenkrankheiten und verwandte Affektionen	27	2,7
Schlecht bezeichnete und unbekannte Krankheits- und Todesursachen	24	2,4
Bösartige Neubildungen der Atmungs- und intrathorakalen Organe	23	2,3
Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen	21	2,1
Affektionen des peripheren Nervensystems	17	1,7
Osteopathien, Chondropathien und erworbene Deformitäten des Muskelskelettsystems	16	1,6
Bösartige Neubildung von Lippe, Mundhöhle und Rachen	15	1,5
Bösartige Neubildungen der Harn- und Geschlechtsorgane	15	1,5
Bösartige Neubildungen sonstiger und nicht näher bezeichneter Sitze	15	1,5
Bösartige Neubildung des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes	15	1,5

Tab. 16 Häufigste Diagnoseunterklassen- Odds ratios

Diagnoseklassen	Odds ratio	Konfidenzintervall (95 %)
Dorsopathien	1,289	0,942-1,765
Arthropathien und verwandte Affektionen	1,763	1,199-2,592
Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und andere nichtpsychotische psychische Störungen	0,838	0,592-1,187
Andere Psychosen	1,378	0,897-2,116
Bösartige Neubildungen der Harn -und Geschlechtsorgane	4,130	2,235-7,630
Bösartige Neubildungen von Knochen, Bindegewebe, Haut und Brustdrüse	11,006	4,255-28,466
Oligophrenien	1,430	0,871-2,348
Sonstige Krankheiten des ZNS	1,326	0,743-2,368
Hypertonie und Hochdruckkrankheiten	2,929	1,332-6,440
Osteo- und Chondropathien und erworbene Deformitäten des Muskelskelettsystems	1,819	0,912-3,629
Schlecht bezeichnete und unbekannte Krankheits- und Todesursachen	1,130	0,595-2,145
Ischämische Herzkrankheiten	0,474	0,264-0,850
Sonstige Krankheiten der Verdauungsorgane	0,555	0,278-1,107
Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane und des Bauchfells	0,488	0,239-0,996
Krankheiten der Venen und Lymphgefäße sowie sonstige Krankheiten des Kreislaufsystems	1,702	0,704-4,114
Chronisch obstruktive Lungenkrankheiten und verwandte Affektionen	0,619	0,298-1,289
Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen	0,720	0,328-1,583
Sonstige Formen von (nicht rheumatischen) Herzkrankheiten	0,476	0,215-1,051
Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	0,347	0,161-0,749
Affektionen des Auges und seiner Anhangsgebilde	2,981	0,869-10,227
Bösartige Neubildungen der Atmungs- und intrathorakalen Organe	0,072	0,010-0,534
Affektionen des peripheren Nervensystems	0,098	0,013-0,737
Bösartige Neubildung von Lippe, Mundhöhle und Rachen	0,335	0,096-1,161
Bösartige Neubildungen sonstiger und nicht näher bezeichneter Sitze		*
Bösartige Neubildung des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes	0,560	0,202-1,548

*bei Frauen hier nicht besetzt, somit kein Verhältnis berechenbar

Ovar und andere Adnexe und bei der zweiten Diagnoseklasse 96,8 % auf bösartige Neubildungen der weiblichen Brustdrüse. Somit dominieren bei den Frauen eindeutig bösartige Neubildungen der weiblichen Geschlechtsorgane, knapp 10 % der Frauen werden deswegen frühberentet. Bei den Männern hingegen haben die Neubildungen mehr allgemeine Lokalisa-

tionen. Es überwiegen „Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane und des Bauchfells“ mit 3,4 % und „Bösartige Neubildungen der Atmungs- und intrathorakalen Organe“ (2,3 %). Die genannten Unterschiede wurden anhand von Odds ratios und entsprechender 95 %-Konfidenzintervalle auf statistische Signifikanz überprüft. Tab. 16 zeigt die Odds ratios für die jeweils 20 häufigsten Diagnoseunterklassen, wobei ein Großteil für Frauen und Männer identisch ist. Besonders deutlich ist der Unterschied bei „Bösartigen Neubildungen der Harn- und Geschlechtsorgane“ (OR: 4,130; 95 %-KI: 2,235-7,630) und „Bösartigen Neubildungen von Knochen, Bindegewebe, Haut und Brustdrüse“ (OR: 11,006; 95 %-KI: 4,255-28,466). Außerdem werden Frauen signifikant häufiger aufgrund von „Arthropathien und verwandten Affektionen“ (OR: 1,763; 95 %-KI: 1,199-2,592) sowie „Hypertonie und Hochdruckkrankheiten“ (OR: 2,929; 95 %-KI: 1,332-6,440) berentet. „Ischämische Herzkrankheiten“ (OR: 0,474; 95 %-KI: 0,264-0,850), „Krankheiten des zerebrovaskulären Systems“ (OR: 0,347; 95 %-KI: 0,161-0,749), „Bösartige Neubildungen der Atmungs- und intrathorakalen Organe“ (OR: 0,072; 95 %-KI: 0,010-0,534) sowie „Affektionen des peripheren Nervensystems“ (OR: 0,098; 95 %-KI: 0,013-0,737) treten bei ihnen hingegen seltener auf.

6.3.3. Diagnosen

Zuletzt wurden noch die Häufigkeiten einzelner Diagnosen (dreistellige Verschlüsselung) untersucht, die Wichtigsten zeigt Tab. 17. Bei 7,5 % der Frauen und 7,3 % der Männer fehlen die Diagnoseangaben. Besonders auffällig ist die Diagnose „Alkoholabhängigkeit“, die mit 4,4 % die zweithäufigste Frühberentungsdiagnose darstellt. Geht man davon aus, dass als Ursache für „Chronische Leberkrankheit und -zirrhose“ in vielen Fällen ebenfalls übermäßiger Alkoholkonsum in Frage kommt, so könnten dadurch insgesamt ca. 6,5 % aller Frühberentungen verursacht sein. Neben den „ischämischen Herzkrankheiten“ stehen auch hier orthopädische und psychiatrische Diagnosen im Vordergrund. Diese Auswertung wurde ebenso getrennt für Frauen und Männer durchgeführt, die jeweils 20 häufigsten Diagnosen sind in Tab. 18 aufgeführt. Dabei gibt es wieder sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede. Bei Männern ist die häufigste Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ mit immerhin 5,8 %. Bei Frauen steht diese Diagnose erst an 15. Stelle mit 1,9 %. 2,5 % der Männer werden wegen „Chronischer Leberkrankheit und -zirrhose“ berentet. Wie oben bereits erwähnt, dürfte ein Großteil dieser Diagnose ursächlich auf übermäßigem Alkoholkonsum zurückzuführen sein. Somit kann Alkoholkrankheit für rund 8 % der Frühberentungen bei den Männer verantwortlich sein. Die häufigsten Diagnosen bei Frauen sind „Arthrosen und entsprechende Affektionen, außer Wirbelsäule“ (7,5 %). Es folgen „Bösartige Neubildungen der weiblichen Brustdrüse“

(5,1 %), „Intervertebrale Diskopathien“ (3,7 %) und „Affektive Psychosen“ (3,6 %). „Intervertebrale Diskopathien“ (4,4 %) und „Arthrosen und entsprechende Affektionen, außer Wirbelsäule“ (4,3 %) gehören auch bei den Männern zu den häufigsten Diagnosen (Rang zwei und drei). „Andere Formen ischämischen Herzkrankheit“ sind bei Männern mit 4,1 % die vierthäufigste Diagnose, bei den Frauen steht diese Diagnose erst an 15. Stelle mit 1,9 % und ist damit bei Frauen ebenso häufig wie die Diagnose „Alkoholabhängigkeit“. Bei den Frauen dominieren also bei den Einzeldiagnosen orthopädische und psychiatrische Erkrankungen sowie bösartige Neubildungen der Brustdrüse und der weiblichen Geschlechtsorgane. Bei den Männern sind die häufigsten Diagnosen aus recht verschiedenen Diagnoseklassen, wobei der Schwerpunkt hier ebenfalls im orthopädischen und psychiatrischen Bereich liegt.

Tab. 17 Häufigste Frühberentungsdiagnosen insgesamt

Diagnose	Anzahl	Prozent
Arthrosen und entsprechende Affektionen, ausgenommen Wirbelsäule	82	5,2
Alkoholabhängigkeit	69	4,4
Intervertebrale Diskopathien	66	4,2
Andere Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit	52	3,3
Schizophrene Psychosen	51	3,2
Sonstige und nicht näher bezeichnete Affektionen des Rückens	44	2,8
Sonstige mangelhaft bezeichnete und unbekannte Ursachen von Krankheit und Tod	40	2,5
Chronische Leberkrankheit und -zirrhose	35	2,2
Affektive Psychosen	34	2,2
Andere Ausprägungsgrade des Schwachsinn	34	2,2
Spondylosis und ähnliche Affektionen	32	2,0
Bösartige Neubildung der weiblichen Brustdrüse	30	1,9
Diabetes mellitus	28	1,8
Leichter Schwachsinn	28	1,8
Sonstige Affektionen im zervikalen Bereich	28	1,8
Neurosen	27	1,7
Spezifische nichtpsychotische Störungen nach Hirnschädigung	22	1,4
Bösartige Neubildung der Luftröhre, Bronchien u. Lunge	18	1,1
Epilepsie	18	1,1
Akute, aber mangelhaft bezeichnete Hirngefäßkrankheiten	18	1,1

Tab. 18 Häufigste Frühberentungsdiagnosen nach Geschlecht

Diagnose	Anzahl	Prozent
FRAUEN		
Arthrosen und entsprechende Affektionen, ausgenommen Wirbelsäule	39	7,5
Bösartige Neubildungen der weiblichen Brustdrüse	30	5,1
Intervertebrale Diskopathien	22	3,7
Affektive Psychosen	21	3,6
Sonstige Affektionen im zervikalen Bereich	19	3,2
Neurosen	18	3,1
Schizophrene Psychosen	17	2,9
Spondylosis und ähnliche Affektionen	17	2,9
Sonstige und nicht näher bezeichnete Affektionen des Rückens	16	2,7
Sonstige mangelhaft bezeichnete und unbekannte Ursachen von Krankheit und Tod	16	2,7
Andere Ausprägungsgrade des Schwachsinn	15	2,6
Leichter Schwachsinn	13	2,2
Bösartige Neubildungen der Zervix Uteri	12	2
Bösartige Neubildungen des Ovariums und der Adnexe	11	1,9
Alkoholabhängigkeit	11	1,9
Andere Formen der chronisch ischämischen Herzkrankheit	11	1,9
Epilepsie	10	1,7
Essentielle Hypertonie	10	1,7
Chronische Leberkrankheit und -zirrhose	10	1,7
(Primär-)chronische Polyarthrit und sonstige entzündliche Polyarthropathien	9	1,5
MÄNNER		
Alkoholabhängigkeit	58	5,8
Intervertebrale Diskopathien	44	4,4
Arthrosen und entsprechende Affektionen, ausgenommen Wirbelsäule	43	4,3
Andere Formen der chronisch ischämischen Herzkrankheit	41	4,1
Schizophrene Psychosen	34	3,4
Sonstige und nicht näher bezeichnete Affektionen des Rückens	28	2,8
Chronische Leberkrankheit und -zirrhose	25	2,5
Sonstige mangelhaft bezeichnete und unbekannte Ursachen von Krankheit und Tod	24	2,4
Diabetes mellitus	20	2
Andere Ausprägungsgrade des Schwachsinn	19	1,9
Bösartige Neubildungen der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge	17	1,7
Spezifische, nicht psychotische Störung nach Hirnschädigung	15	1,5
Leichter Schwachsinn	15	1,5
Akute, aber mangelhaft bezeichnete Hirngefäßkrankheiten	15	1,5
Spondylosis und ähnliche Affektionen	15	1,5
Kardiomyopathie	14	1,4
Affektive Psychosen	13	1,3
Chronische Bronchitis	13	1,3
Bösartige Neubildung des Rektums und des Anus	11	1,1
Persönlichkeitsstörungen	10	1

6.4. Kinder

Bei der Kinderzahl konnten nur Kinder mit einbezogen werden, für die Erziehungszeiten zu berücksichtigen sind. Hierbei zeigt sich noch deutlich die alte Geschlechterrollenverteilung, da dies mit einer einzigen Ausnahme nur für Frauen zutrifft. So haben 99,9 % der Männer keine Kinder für die Erziehungszeiten zu berücksichtigen waren, bei den Frauen sind dies 15 % (entspricht 88 Frauen). Da nur Kinder angerechnet wurden, die rentenrechtlich von Bedeutung sind, ist eine Aussage zu Doppelbelastung Familie und Beruf nicht möglich, da dies ja durchaus auch für Väter und Mütter zutreffen kann, die keine Rentenanspruchszeiten für ihre Kinder haben.

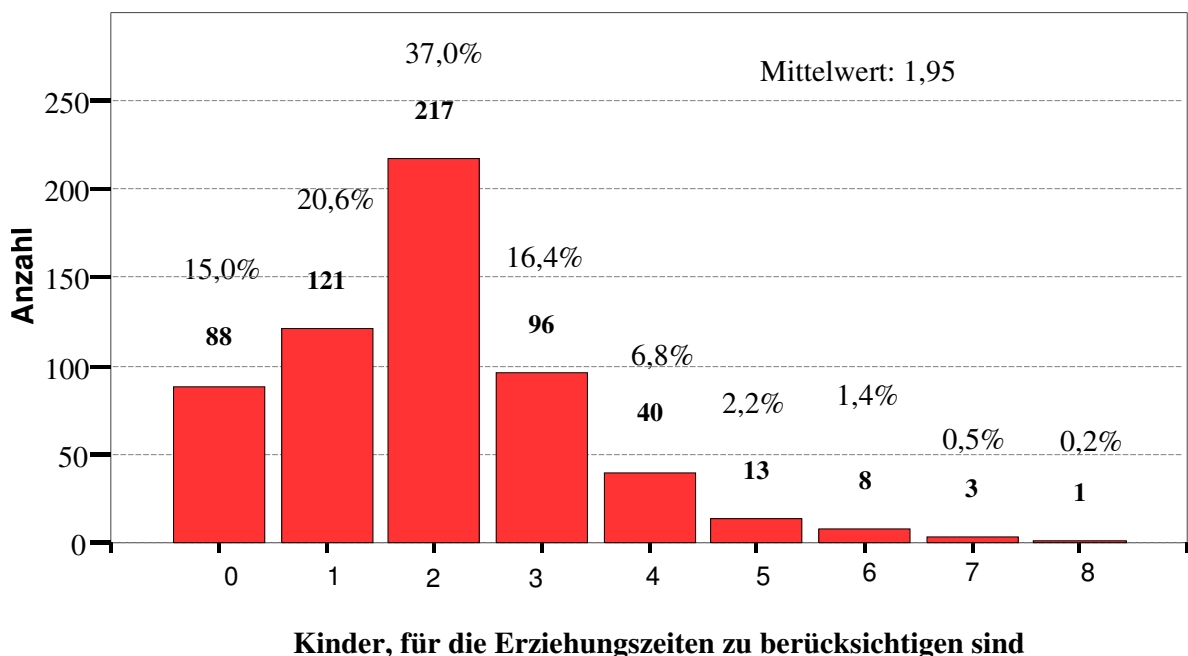


Abb. 10 Kinder, für die Erziehungszeiten zu berücksichtigen sind (nur Frauen)

Die Verteilung der Kinderzahl zeigt Abb. 10, wobei hier aus oben genannten Gründen nur die Frauen in die Auswertung einbezogen sind. (Anm.: Der einzige Mann mit berücksichtigten Kindererziehungszeiten hat diese für fünf Kinder.) Die höchste Anzahl sind acht Kinder, dies ist jedoch nur bei einer Frau der Fall. Der Mittelwert liegt bei 1,95, d. h. die Frauen haben durchschnittlich zwei Kinder, für die Erziehungszeiten zu berücksichtigen sind.

In Tab. 19 ist die Kinderzahl für die einzelnen Altersklassen dargestellt. Die durchschnittliche Kinderzahl steigt mit zunehmendem Alter kontinuierlich an.

Tab. 19 Alter bei Rentenbeginn und Kinderzahl (nur Frauen)

Alter in Jahren	Kinder, für die Erziehungszeiten zu berücksichtigen sind										*
	keine	eins	zwei	drei	vier	fünf	sechs	sieben	acht		
15-19	12									12	0
	100,0%									100,0%	
20-24	5		3							8	0,75
	62,5%		37,5%							100,0%	
25-29	9	5	4	2						20	0,95
	45,0%	25,0%	20,0%	10,0%						100,0%	
30-34	5	5	10	2	1					23	1,52
	21,7%	21,7%	43,5%	8,7%	4,3%					100,0%	
35-39	7	8	14	5	3					37	1,70
	18,9%	21,6%	37,8%	13,5%	8,1%					100,0%	
40-44	9	13	26	8	1	1				58	1,69
	15,5%	22,4%	44,8%	13,8%	1,7%	1,7%				100,0%	
45-49	5	16	34	8	6	1				70	1,96
	7,1%	22,9%	48,6%	11,4%	8,6%	1,4%				100,0%	
50-54	10	25	46	21	8	1	1			112	1,99
	8,9%	22,3%	41,1%	18,8%	7,1%	0,9%	0,9%			100,0%	
55-59	26	49	80	50	21	10	7	3	1	247	2,28
	10,5%	19,8%	32,4%	20,2%	8,5%	4,0%	2,8%	1,2%	0,4%	100,0%	
Gesamt	88	121	217	96	40	13	8	3	1	587	1,95
	15,0%	20,6%	37,0%	16,4%	6,8%	2,2%	1,4%	0,5%	0,2%	100,0%	

* durchschnittliche Kinderzahl

6.5. Familienstand

Die Daten zum Familienstand der FrührentnerInnen sind leider nur sehr eingeschränkt auswertbar, da der Datensatz der LVA neben ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet noch die Kategorie nicht verheiratet/verwitwet aufweist. Dadurch war nur eine grobe Unterteilung in verheiratet oder nicht verheiratet möglich. Demnach waren zum Zeitpunkt der Berentung 1003 (63,5 %) FrührentnerInnen verheiratet, entsprechend 576 (36,5 %) nicht verheiratet. Für Frauen und Männer getrennt betrachtet ergeben sich ähnliche Zahlen, so waren zum Berentungszeitpunkt 64,1% der Frauen und 63,2 % der Männer verheiratet. Hinsichtlich des Familienstandes sind hier somit keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern vorhanden Dies bestätigt auch die Berechnung der Odds ratios (Tab. 20).

Tab. 20 Familienstand

Familienstand	Frauen		Männer		Gesamt		Odds ratio	KI (95 %)
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent		
verheiratet	376	64,1	627	63,2	1003	63,5	1,037	0,839-1,283
nicht verheiratet	211	35,9	365	36,8	576	36,5	0,964	0,780-1,192

6.6. Leistungsart

Den größten Anteil an den Frührenten haben die EU-Renten mit 85,4 %. BU-Renten und Invalidenrenten sind mit 10,6 % bzw. 4,0 % deutlich seltener. Den Frauen dieser Untersuchung wurden häufiger als den Männern Renten wegen Erwerbsunfähigkeit gewährt (90,3 % gegenüber 82,6 %). Eine Berentung wegen Berufsunfähigkeit erfolgte bei nur 6,1 % der Frauen, die Anspruchsvoraussetzungen für Invalidenrenten nach RÜG waren bei 3,6 % der weiblichen Frühberenteten erfüllt. Bei den Männern ist der Anteil an Berufsunfähigkeitsrenten größer (13,2 %), die Häufigkeit der Invalidenrenten entspricht mit 4,2 % in etwa der bei den Frauen. Es ergibt sich ein höchst signifikanter Zusammenhang zwischen Geschlecht und Leistungsart ($p=0,000$). Dies bestätigt auch die Berechnung der Odds ratios (Tab. 21). So sind Frauen signifikant seltener Berufsunfähigkeitsrenten zugesprochen worden, Erwerbsunfähigkeitsrenten hingegen öfter.

Tab. 21 Leistungsart

Leistungsart	Frauen		Männer		Gesamt		Odds ratio	KI (95 %)
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent		
EU-Rente	530	90,3	819	82,6	1349	85,4	1,964	1,428-2,701
BU-Rente	36	6,1	131	13,2	167	10,6	0,429	0,292-0,630
Invalidenrente	21	3,6	42	4,2	63	4,0	0,839	0,492-1,432

6.7. Zeitrente

Zum jetzigen Zeitpunkt werden (fast) alle Erwerbsminderungsrenten nur als Zeitrenten gewährt, d. h. die Einschränkung der Leistungsfähigkeit und damit der Anspruch auf eine Frührente wird nach einem festgelegten Zeitraum erneut geprüft. Bis zum 31.12.2000 konnte auch gleich eine unbefristete Rente bewilligt werden (s. o.). Bei den hier vorliegenden Daten haben 20 % der FrührentnerInnen erst einmal eine Zeitrente erhalten.

Tab. 22 Zeitrente

Zeitrente	Frauen		Männer		Gesamt		Odds ratio	KI (95 %)
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent		
ja	152	25,9	164	16,5	316	20,0	1,764	1,375-2,264
nein	435	74,1	828	83,5	1263	80,0	0,567	0,442-0,727

Im Rahmen der geschlechtsspezifischen Analyse sollte die Frage geklärt werden, ob Frauen oder Männer häufiger eine vorerst zeitlich befristete Rente bekommen. Bei den Frauen haben 25,9 % zunächst eine Rente auf Zeit bekommen, bei den Männern sind es nur 16,5 %. Der Chi-Quadrat-Test zeigt einen höchst signifikanten Zusammenhang zwischen Zeitrente und Geschlecht ($p=0,000$). Die Berechnung der Odds ratios belegt, dass Frauen signifikant häufiger eine zeitlich befristete Rente bewilligt worden ist (Tab. 22).

Um zu sehen, ob dieser Unterschied eventuell auf die unterschiedliche Diagnosestruktur von Frauen und Männern zurückzuführen ist, wurde die Gewährung einer zeitlich befristeten Rente in Abhängigkeit von den einzelnen Diagnoseklassen untersucht. Dabei ergibt sich ein höchst signifikanter Zusammenhang (Chi-Quadrat $p=0,000$) zwischen dem Parameter Zeitrente ja/nein und den Diagnoseklassen (Tab. 23). Die Abweichung vom Durchschnitt ist am größten bei „keine Angaben“, aber auch sonst ergeben sich Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit der Gewährung einer Rente auf Zeit.

Tab. 23 Zeitrente und Diagnoseklassen

	keine Zeitrente		Zeitrente	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine Angaben	57	49,1	59	50,9
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	17	85,0	3	15,0
Neubildungen	182	85,0	32	15,0
Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Störungen im Immunsystem	31	81,6	7	18,4
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	2	66,7	1	33,3
Psychiatrische Krankheiten	284	87,7	40	12,3
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	74	83,1	15	16,9
Krankheiten des Kreislaufsystems	188	86,2	30	13,8
Krankheiten der Atmungsorgane	40	83,3	8	16,7
Krankheiten der Verdauungsorgane	45	81,8	10	18,2
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	9	64,3	5	35,7
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	4	57,1	3	42,9
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln u. des Bindegewebes	253	75,3	83	24,7
Kongenitale Anomalien	5	71,4	2	28,6
Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	35	77,8	10	22,2
Verletzungen und Vergiftungen	37	82,2	8	17,8
Gesamt	1263	80,0	316	20,0

Des weiteren wurde überprüft, ob sich zwischen der Rentenart und der Gewährung einer zeitlich befristeten Rente Zusammenhänge ergeben. Auch hier zeigt der Chi-Quadrat-Test einen höchst signifikanten Zusammenhang ($p=0,000$) an. Bei Berufsunfähigkeitsrenten und bei Invalidenrenten wurde sehr viel häufiger gleich eine unbefristete Rente gewährt (Tab. 24).

Tab. 24 Zeitrente und Rentenart

	Keine Zeitrente		Zeitrente	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Rente wegen BU	160	95,8 %	7	4,2 %
Rente wegen EU	1041	77,2 %	308	22,8 %
Invalidenrente	62	98,4 %	1	1,6 %
Gesamt	1263	80,0 %	316	20,0 %

6.8. Vorausgegangene Arbeitsunfähigkeit

In dem Datensatz der LVA wurde auch die Arbeitsunfähigkeit der berenteten Personen innerhalb der letzten 12 Monate vor Berentung erfasst. Einen Überblick gibt Tab. 25. Leider fehlen bei 52,8 % der Frauen und bei 60,0 % der Männer die Angaben. Berechnet man die Verteilung ohne die fehlenden Werte, so waren 60,6 % der Frauen und 51,4 % der Männer 6 Monate und mehr vor Berentung arbeitsunfähig. Bis unter 3 Monate arbeitsunfähig waren 14,4 % der Frauen und 25,2 % der Männer, 3 bis unter 6 Monate arbeitsunfähig 11,6 % der Frauen und 14,6 % der Männer. Der Chi-Quadrat-Test gibt einen höchst signifikanten Zusammenhang zwischen vorausgegangener Arbeitsunfähigkeit und Geschlecht an ($p=0,000$). Dies wird auch anhand der Odds ratios und der zugehörigen 95 %-Konfidenzintervalle deutlich. Frauen sind vor Berentung signifikant häufiger als Männer 6 Monate und mehr arbeitsunfähig oder nicht erwerbstätig gewesen. Eine Arbeitsunfähigkeit von unter 3 Monaten trat hingegen öfter bei Männern auf, ebenso überwiegen hier die fehlenden Angaben (Tab. 25).

Tab. 25 vorausgegangene Arbeitsunfähigkeit (AU)

Arbeitsunfähigkeit innerhalb der letzten 12 Monate vor Rentenbeginn	Frauen		Männer		Gesamt		Odds ratio	KI (95 %)
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent		
keine Angaben	310	52,8	595	60,0	905	57,3	0,747	0,608-0,917
keine AU	25	4,3 (9,0)	29	2,9 (7,3)	54	3,4 (8,0)	1,477	0,857-2,547
bis unter 3 Monate AU	40	6,8 (14,4)	100	10,1 (25,2)	140	8,9 (20,8)	0,652	0,445-0,956
3 bis unter 6 Monate AU	32	5,5 (11,6)	58	5,8 (14,6)	90	5,7 (13,4)	0,928	0,595-1,448
6 und mehr Monate AU	168	28,6 (60,6)	204	20,6 (51,4)	372	23,6 (55,2)	1,549	1,223-1,961
nicht erwerbstätig	12	2,0 (4,3)	6	0,6 (1,5)	18	1,1 (2,7)	3,430	1,280-9,187

Anm.: In Klammern sind die Prozente ohne Berücksichtigung der fehlenden Daten angegeben.

Im nächsten Schritt wurde die vorausgegangene Arbeitsunfähigkeit in Abhängigkeit der Diagnoseklassen untersucht. Es ergeben sich deutliche Unterschiede (Tab. A7). So waren aufgrund von Neubildungen berentete Personen häufiger als der Durchschnitt vor Berentung 3-6 Monate arbeitsunfähig, 6 Monate und mehr arbeitsunfähig oder nicht erwerbstätig, hingegen fehlen bei Neubildungen weniger Angaben. Bei psychiatrischen Erkrankungen ist es genau umgekehrt. Besonders wenige Personen –im Vergleich zur Gesamtheit– waren vor Berentung 6 Monate und mehr erwerbsunfähig. Für Kreislauferkrankungen entspricht die Verteilung in etwa dem Durchschnitt, auffallend häufiger ist hier eine vorausgegangene Arbeitsunfähigkeit bis 3 Monate. Bei Erkrankungen des Bewegungsapparates waren sehr viel mehr Versicherte als im Durchschnitt vor Berentung 6 Monate und mehr arbeitsunfähig.

6.9. Arbeit vor Antragstellung

Des weiteren sollte untersucht werden, ob FrührentnerInnen vor Antragstellung voll erwerbstätig, als Teilzeitkräfte erwerbstätig oder nicht erwerbstätig waren. Außerdem wurde erfasst, ob sie mit Wechsel- oder Nachtschicht gearbeitet hatten, um einen möglichen Einfluss dieser Faktoren auf die Frühberentung zu prüfen (Tab. 26). Leider sind auch hier die Angaben sehr lückenhaft (fehlende Angaben bei 52,8 % der Frauen und 59,8 % der Männer). Vernachlässigt man die fehlenden Angaben so waren 47,7 % der Frauen vor Berentung arbeitslos im Sinne des SGB III, 25,6 % gingen einer Ganztagsarbeit ohne Wechsel- oder Nachtschicht nach. Bei den Männern waren vor Berentung 51,1 % ganztags ohne Wechsel- und Nachtschicht tätig, 34,3 % wurden aus Arbeitslosigkeit im Sinne des SGB III heraus frühberentet. In Teilzeit bzw. mit Wechsel- oder Nachtschicht waren nur wenige der FrührentnerInnen tätig. Die Odds ratios belegen die deutlichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Frauen waren vor Berentung signifikant häufiger arbeitslos als Männer, ebenso waren sie häufiger nicht erwerbstätig oder in Teilzeitarbeit, mindestens die Hälfte der üblichen Arbeitszeit, tätig. Ganztagsarbeit ohne Wechsel- oder Nachtschicht hingegen trat bei ihnen seltener auf (Tab. 26).

Im Anschluss wurde die Arbeit vor Antragstellung in Abhängigkeit von den einzelnen Berufsklassen untersucht, um zu sehen, ob sich die Unterschiede zwischen Frauen und Männern durch Besonderheiten zwischen den Berufsklassen und der Arbeit vor Antragstellung erklären lassen. In Fertigungsberufen Beschäftigte waren häufiger als der Durchschnitt in Ganztagsarbeit ohne Wechsel- oder Nachtschicht tätig, das Gegenteil trifft für die Gruppe der sonstigen Arbeitskräfte zu. Teilzeit, mindestens die Hälfte der üblichen Arbeitszeit, haben mehr Personen als im Durchschnitt im Dienstleistungssektor gearbeitet, in Fertigungsberufen waren weniger als erwartet halbtags tätig (Tab. A8).

Tab. 26 Arbeit vor Antragstellung

Arbeit vor Antragstellung	Frauen		Männer		Gesamt		Odds ratio	KI (95 %)
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent		
keine Angabe	310	52,8	593	59,8	903	57,2	0,753	0,613-0,925
nicht erwerbstätig	15	2,6 (5,4)	6	0,6 (1,5)	21	1,3 (3,1)	4,309	1,663-11,169
Ganztagsarbeit ohne Wechsel-/oder Nachtschicht	71	12,1 (25,6)	204	20,6 (51,1)	275	17,4 (40,7)	0,532	0,397-0,712
Ganztagsarbeit mit Wechsel-schicht	28	4,8 (10,1)	37	3,7 (9,3)	65	4,1 (9,6)	1,293	0,783-2,136
Ganztagsarbeit mit Nacht-schicht	10	1,7 (3,6)	14	1,4 (3,5)	24	1,5 (3,6)	1,211	0,534-2,743
Teilzeitarbeit, weniger als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit	1	0,2 (3,6)	-	-	1	0,1 (0,1)	*	*
Teilzeitarbeit, mind. die Hälfte der üblichen Arbeitszeit	19	3,2 (6,9)	1	0,1 (0,25)	20	1,3 (3,0)	33,150	4,426-248,28
Arbeitslos im Sinne des Sozialgesetzbuch III	132	22,5 (47,7)	137	13,8 (34,3)	269	17,0 (39,8)	1,811	1,389-2,359
Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte	1	0,2 (3,6)	-	-	1	0,1 (0,1)	*	*

*bei Männern nicht besetzt, somit kein Verhältnis berechenbar

Anm.: In Klammern sind die Prozente ohne Berücksichtigung der fehlenden Daten angegeben.

6.10. Arbeitsmarktlage

Nach dem Beschluss des Bundessozialgerichtes vom 10.12.76 musste (bis zum 31.12.2000) auch dann eine BU- oder EU- Rente gewährt werden, wenn der allgemeine Arbeitsmarkt für die/den Versicherte(n) aufgrund ihrer/seiner Erkrankung als verschlossen galt, auch wenn diese(r) ihr/sein Restleistungsvermögen theoretisch noch hätte nutzen können. Es wurde untersucht, wie viele der Frühberentungen in Abhängigkeit vom Arbeitsmarkt bewilligt worden sind. Dies ist in 39,6 % der Frühberentungen der Fall, die übrigen 60,4 % erhalten ihre Rente allein aufgrund ihrer Einschränkung der Berufs- bzw. Erwerbsfähigkeit. Bei Frauen wurden mit 41,1 % etwas mehr Renten in Abhängigkeit vom Arbeitsmarkt gewährt als bei den Männern mit 38,8 % arbeitsmarktabhängiger Renten. Damit ergibt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Arbeitsmarktlage und Geschlecht (Tab. 27).

Tab. 27 Arbeitsmarktlage

Rente in Bezug zum Arbeitsmarkt	Frauen		Männer		Gesamt		Odds ratio	KI (95 %)
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent		
unabhängig	346	58,9	607	61,2	953	60,4	0,911	0,739-1,121
abhängig	241	41,1	385	38,8	626	39,6	1,098	0,892-1,352

Da sich für städtisches und ländliches Gebiet unterschiedliche Frühberentungsinzidenzen ergaben, sollte überprüft werden, ob dies in Zusammenhang mit der Abhängigkeit der Berentung von der Arbeitsmarktlage steht. Der prozentuale Anteil arbeitsmarktabhängiger bzw. arbeitsmarktunabhängiger Renten entspricht jedoch für die Städte und Landkreise der allgemeinen Verteilung (Tab. 28). Die Odds ratio von Rente unabhängig zu Rente abhängig vom Arbeitsmarkt beträgt für Stadt zu Land 1,042 mit einem 95 %-Konfidenzintervall von 0,848-1,280, für Land zu Stadt entsprechend 0,960 mit einem 95 %-Konfidenzintervall von 0,781-1,179. Somit ergibt sich keinerlei Zusammenhang zwischen Gebiet und Abhängigkeit der Frührenten vom Arbeitsmarkt.

Als letztes wurde die Rente in Abhängigkeit vom Arbeitsmarkt für alle vier Gebiete einzeln für 1996 und 1997 berechnet und mithilfe des Chi-Quadrat-Test analysiert. Es ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den vier Gebieten.

Tab. 28 Arbeitsmarktlage in Bezug zum Gebiet

Rente in Bezug zum Arbeitsmarkt	Stadt		Land		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
unabhängig	387	60,9	566	60,0	953	60,4
abhängig	248	39,1	378	40,0	626	39,6

6.11. Rehabilitationsmaßnahmen

Die Daten zur Rehabilitationsanamnese wurden auf zwei verschiedene Arten erhoben. Zum einen wurden Rehabilitationsmaßnahmen innerhalb der letzten fünf Jahre vor Rentenbeginn, bewilligt wegen der als Ursache der Rentengewährung angegebenen Diagnose, untersucht, zum anderen wurden Daten zur letzten Rehabilitationsmaßnahme vor Rentenbeginn unabhängig von der Diagnose erfasst. Bei FrührentnerInnen handelt es sich oft um multimorbide Personen, die an mehreren Krankheiten leiden (Dörning et al. 1996). Es ist dann schwierig zu entscheiden, welche Diagnose die Haupt- und welche die Nebendiagnose darstellt. Ebenso ist es mit den Haupt- und Nebendiagnosen, aufgrund derer Maßnahmen zur Rehabilitation ge-

währt wurden. Wie oft FrührentnerInnen vor Rentenbeginn an Rehabilitationsmaßnahmen teilgenommen haben, zeigen Tab. 29 und 30. Bei den Rehabilitationsmaßnahmen wegen der Berentungsdiagnose wurde unterschieden, ob neben oder statt einer Heilbehandlung berufsfördernde Maßnahmen durchgeführt wurden. Insgesamt haben 73,5 % der frühberenteten Personen innerhalb der letzten fünf Jahre vor Berentung keine Rehabilitationsmaßnahme wegen der als Ursache der Rentengewährung angegebenen Diagnose erhalten. Nur in 1,4 % der übrigen Fälle fand eine Berufsförderung statt. Untersucht man, inwieweit Rehabilitationsmaßnahmen unabhängig von der Diagnose durchgeführt wurden, sieht das Ergebnis auch nicht viel positiver aus. In 57,1 % der Fälle sind keine Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt worden. Der überwiegende Teil der FrührentnerInnen wurde also berentet, ohne dass vorher Maßnahmen zur medizinischen und/oder beruflichen Rehabilitation durchgeführt wurden.

Auch an dieser Stelle schließt sich die geschlechtsspezifische Auswertung an. Die Ergebnisse sind in den Tab. 29 und Tab. 30 dargestellt. 71,7 % der Frauen und 74,6 % der Männer erhielten keine Maßnahme zur Rehabilitation wegen der als Ursache der Rentengewährung angegebenen Diagnose innerhalb der letzten fünf Jahre vor Rentenbeginn. Die anderen Personen erhielten fast ausschließlich Heilbehandlungen ohne berufsfördernde Maßnahmen. Schon anhand der Zahlen der Tabelle lässt sich vermuten, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen Geschlecht und Rehabilitationsmaßnahmen, die innerhalb der letzten fünf Jahre vor Rentenbeginn wegen der als Ursache der Rentengewährung angegebenen Diagnose gewährt wurden, besteht. Dies bestätigt der Chi-Quadrat-Test und die Berechnung der Odds ratios (Tab. 29).

Tab. 29 Rehabilitationsmaßnahmen innerhalb der letzten fünf Jahre vor Rentenbeginn, gewährt wegen der als Ursache der Rentengewährung angegebenen Diagnose

	Frauen		Männer		Gesamt		Odds ratio	KI (95 %)
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent		
Keine Maßnahme	421	71,7	740	74,6	1161	73,5	0,864	0,687-1,087
Heilbehandlung, keine Berufsförderung	157	26,7	240	24,2	397	25,1	1,144	0,906-1,445
Heilbehandlung, daneben Berufsförderung	5	0,9	8	0,8	13	0,8	1,057	0,344-3,245
Berufsförderung, aber keine Heilbehandlung	4	0,7	4	0,4	8	0,5	1,695	0,422-6,802

Etwas anders sieht es aus, wenn man nur berücksichtigt, ob eine Rehabilitationsmaßnahme vor Rentenbeginn stattgefunden hat, unabhängig von der Diagnose aufgrund derer diese erfolgte. So wurden bei 40,3 % der Männer und 47,4 % der Frauen Rehabilitationsmaßnahmen

durchgeführt. Hier lässt sich feststellen, dass Frauen signifikant häufiger als Männer an einer Maßnahme zur Rehabilitation teilgenommen haben. Diesen sehr signifikanten Zusammenhang zwischen Geschlecht und Rehabilitationsmaßnahme belegen der Chi-Quadrat-Test ($p=0,006$) sowie die Odds ratios (Tab. 30).

Tab. 30 Maßnahmen zur Rehabilitation vor Rentenbeginn

	Frauen		Männer		Gesamt		Odds ratio	KI(95 %)
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent		
Keine Maßnahmen zur Rehabilitation durchgeführt	309	52,6	592	59,7	901	57,1	0,751	0,611-0,923
Maßnahmen zur Rehabilitation durchgeführt	278	47,4	400	40,3	678	42,9	1,332	1,084-1,636

6.12. Beruf

Als Beruf wurde der letzte Beruf des Versicherten vor Rentenbeginn erfasst. Damit sind Aussagen zu Zusammenhängen zwischen Beruf und Frühberentung im Grunde nur bedingt möglich. Hierfür wäre es notwendig, die Berufsanamnese des gesamten Erwerbslebens der Versicherten zu kennen. Außerdem konnten aus der Berufsbezeichnung keine Rückschlüsse auf das Anforderungs- und Belastungsprofil der Berufe gezogen werden, da diese abhängig vom speziellen Tätigkeitsgebiet sehr stark variieren und der Datensatz hierüber keine Angaben liefert. Es wurde lediglich versucht, anhand der Berufsinformationkarten der Bundesanstalt für Arbeit die einzelnen Berufe nach der Schwere ihrer körperlichen Beanspruchung zu unterteilen. Leider war in 47 % der Fälle darüber keine Aussage zu machen, da entweder der Beruf nicht bekannt war oder die Berufsinformationkarten keine Aussage zur körperlichen Belastung des Berufes enthalten. Außerdem kann dies nur eine sehr grobe Einteilung sein, da auch die Schwere der körperlichen Tätigkeit je nach Einsatzgebiet für ein und denselben Beruf differiert. Einen Überblick über die einzelnen Berufsklassen und ihre Häufigkeit bei den hier untersuchten FrührentnerInnen gibt Tab. 31. Die größte Berufsgruppe ist mit 35 % die Gruppe der Fertigungsberufe. Es folgen „Sonstige Arbeitskräfte“ (27,8 %) und „Dienstleistungsberufe“ (20,8 %). Aufgrund der Tatsache, dass nur Daten der LVA ausgewertet wurden, sind natürlich bestimmte Berufe von vornherein stärker vertreten als in der Gesamtbevölkerung.

In bezug auf die Schwere der Tätigkeit ergeben sich folgende Ergebnisse. Die größte Gruppe ist die der überwiegend mittelschweren Tätigkeiten mit 34,6 %, leichte (7,4 %) und schwere (11 %) Tätigkeiten sind deutlich seltener.

Als nächstes wurde untersucht, ob zwischen dem Schweregrad des Berufes und bestimmten Diagnosegruppen Zusammenhänge bestehen. Dies ist nicht der Fall.

Tab. 31 Berufsklassen

Berufsklasse	Frauen		Männer		Gesamt		Odds ratio	KI(95 %)
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent		
Keine Angaben	69	11,8	100	10,1	169	10,7	1,188	0,858-1,645
Pflanzenbauer, Tierzüchter, Fischereiberufe	40	6,8	38	3,8	78	4,9	1,836	1,163-2,897
Bergleute, Mineralgewinner			1	0,1	1	0,1		*
Fertigungsberufe	138	23,5	414	41,7	552	35,0	0,429	0,341-0,539
Technische Berufe	2	0,3	9	0,9	11	0,7	0,373	0,080-1,734
Dienstleistungsberufe	145	24,7	184	18,5	329	20,8	1,441	1,126-1,843
Sonstige Arbeitskräfte	193	32,9	246	24,8	439	27,8	1,485	1,187-1,859

*bei Frauen nicht besetzt, deswegen kein Verhältnis berechenbar

In Bezug auf Beruf und Geschlecht hingegen zeigen sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Die häufigste Berufsgruppe bei den Frauen ist die der „Sonstigen Arbeitskräfte“ (32,9 %). Danach folgen „Dienstleistungsberufe“ (24,7 %) und „Fertigungsberufe“ (23,5 %). Bei den Männern sind „Fertigungsberufe“ mit 41,7 % mit Abstand am häufigsten, „Sonstige Arbeitskräfte“ (24,8 %) folgen an zweiter, „Dienstleistungsberufe“ (18,5 %) an dritter Stelle. Auch der Chi-Quadrat-Test bestätigt einen höchst signifikanten Zusammenhang zwischen Geschlecht und Beruf ($p=0,000$).

Berechnet man die Odds ratios einschließlich der 95 %-Konfidenzintervalle ergibt sich folgendes Bild: Frauen sind in der Berufsgruppe der „Pflanzenbauer, Tierzüchter und Fischereiberufe“ sowie bei den „Dienstleistungsberufen“ und in der Gruppe der „Sonstigen Arbeitskräfte“ signifikant stärker vertreten. Die Männer hingegen dominieren bei den „Fertigungsberufen“ (Tab. 31).

6.13. Versicherungsstatus Vorjahr

Die meisten der hier untersuchten FrührentnerInnen haben im Jahr vor Berentung ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis innegehabt (42,9 %). An zweiter Stelle steht jedoch schon der Leistungsbezug nach AFG mit 32,3 %, d. h. die Frühberentung erfolgte bei ca. einem Drittel der Frühberenteten aus der Arbeitslosigkeit heraus (Tab. 32).

Tab. 32 Versicherungsstatus Vorjahr, Stichtag 31.12. des Jahres vor Beginn Leistungsfall

Versicherungsstatus	Frauen		Männer		Gesamt		Odds ratio	KI(95 %)
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent		
Keiner der folgenden Tatbestände, am Stichtag (31.12.) nicht pflichtversichert, verstorben oder nur durch Nachversicherung versichert	91	15,5	171	17,2	262	16,6	0,881	0,667-1,163
Versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis	232	39,5	446	45,0	678	42,9	0,744	0,604-0,915
Versicherungspflichtiger Bezug von Lohnersatzleistungen, jedoch nicht wegen Arbeitslosigkeit mit AFG-Bezug	20	3,4	66	6,7	86	5,4	0,495	0,297-0,825
Leistungsbezug nach AFG	216	36,8	294	29,6	510	32,3	1,382	1,114-1,716
Sonstige Pflichtversicherte	4	0,7			4	0,3		*
Anrechnungszeit, nicht wegen Arbeitslosigkeit mit AFG-Leistungsbezug	23	3,9	12	1,2	35	2,2	3,330	1,645-6,744
Pflichtversicherter Selbstständiger	1	0,2			1	0,1		*
Pflichtversicherter Handwerker			3	0,3	3	0,2		*

*bei Frauen oder Männern nicht besetzt, deswegen kein Verhältnis berechenbar

Der Unterschied zwischen den beiden Häufigkeiten ist für Frauen allein betrachtet noch geringer. Hier haben nur 39,5 % ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis innegehabt, während 36,8 % vor Berentung Leistungen nach AFG bezogen haben. Bei den Männern hingegen sind immerhin 45,0 % aus einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis und 29,6 % aus der Arbeitslosigkeit heraus frühberentet worden. Der relative Anteil vor Berentung Arbeitsloser ist somit bei den hier untersuchten Personen für Frauen höher. Diesen statistisch signifikanten Unterschied beweisen auch die Odds ratios. Frauen waren signifikant seltener als Männer im Jahr vor Berentung in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis oder haben versicherungspflichtige Lohnersatzleistungen, jedoch nicht wegen Arbeitslosigkeit mit AFG-Bezug, erhalten. Öfter bezogen sie hingegen Leistungen nach AFG oder hatten sonstige Anrechnungszeiten (Tab. 32).

7. Diskussion

Im Vordergrund dieser Arbeit steht die geschlechtsspezifische Betrachtung der zur Verfügung stehenden Frühberentungsdaten. Unterschiede zwischen Frauen und Männern hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes sind seit einigen Jahren Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen. Erste Impulse für die Frauengesundheitsforschung gab es vor ca. 30 Jahren im Rahmen der Frauengesundheitsbewegung. Hier standen die Frauen im Mittelpunkt. Später entwickelte sich analog die Männergesundheitsforschung. In den letzten Jahren hat sich die sogenannte „gendersensible“ Gesundheitsforschung etabliert, bei der Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Geschlechtern analysiert werden, ohne explizit Frauen oder Männer in den Vordergrund der Untersuchung zu stellen (Sieverding und Gromus 2000, Kollip 2001, Lange und Lampert 2004). Dass zwischen Frauen und Männern Unterschiede im Gesundheitszustand existieren, ist unumstritten. Eine schon lange bekannte Tatsache ist die höhere Lebenserwartung von Frauen. Im Gegensatz dazu schienen viele Untersuchungsergebnisse zu stehen, denn die meisten Erhebungen kamen zu dem Schluss, dass das weibliche Geschlecht das Kränkere ist (s. u.). Auch bei Betrachtung der „Lebenserwartung in Gesundheit“ wird deutlich, dass eine höhere Lebenserwartung nicht zwangsläufig einen besseren Gesundheitszustand bedingt. In Deutschland gehen Frauen 8,9 und Männern 6,8 Lebensjahre in Gesundheit verloren (Lange und Lampert 2004).

Ein Großteil bisheriger Untersuchungen basiert auf Selbsteinschätzungen des Gesundheitszustandes durch Befragungen von Frauen und Männern. Ein Ergebnis ist, dass sich Männer im allgemeinen gesünder als Frauen fühlen. Frauen schätzen sowohl ihre physische als auch ihre psychische Gesundheit als schlechter ein und klagen häufiger über Beschwerden (Bartholomeyczik und Tiemann 1983, Maschewsky-Schneider et al. 1992, Christeiner und Hörmann 1993, Härtel 1999, Hessel et al. 1999). Es gibt jedoch auch Zweifel an diesen Aussagen. Frau Sieverding (1998) kritisiert, dass bei vielen Auswertungen nicht auf mögliche Störvariablen geachtet worden ist, durch die ein scheinbarer Zusammenhang vorgetäuscht bzw. ein eventuell vorhandener Unterschied vergrößert werden kann. Auswertungen, die nicht auf Selbsteinschätzungen des Gesundheitszustandes beruhen, kommen jedoch ebenfalls zu dem Schluss, dass Geschlechtsunterschiede bestehen. Die Krankenstandsziffern in der ehemaligen DDR waren für Frauen höher als für Männer (Straube und Straube 1990). Frauen bekommen mehr Medikamente verschrieben und nehmen häufiger als Männer medizinische Hilfe in Anspruch (Bartholomeyczik und Tiemann 1983, Maschewsky-Schneider et al. 1992, Christeiner und Hörmann 1993, Härtel 1999). Das gilt sowohl für Arztbesuche bei akuten Beschwerden als

auch für die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (Hollstein, 1992, Merbach et al. 2001, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg 2003). Dadurch können Krankheiten jedoch in einem früheren und damit noch besser behandelbaren Stadium erkannt werden. Nicht in allen Untersuchungen zum Gesundheitszustand von Frauen und Männern werden Unterschiede ermittelt. Es scheint allerdings, als ob diese Studien gelegentlich als nicht „publikationswürdig“ angesehen und nicht veröffentlicht werden (Felder und Brähler 1992). Eine Studie, die Krankenkassendaten der alten Bundesländer der Jahre 1979 bis 1989 auswertete, kam zu dem Schluss, dass Frauen und Männer etwa gleich häufig aus gesundheitlichen Gründen am Arbeitsplatz fehlen (Maschewsky-Schneider et al. 1992).

Unterschiede zwischen Frauen und Männern sind sowohl biologisch als auch sozial- gesellschaftlich bedingt. Dem wird im englischsprachigen Raum durch zwei Begriffe für Geschlecht Rechnung getragen, sex bezeichnet die biologische, gender die sozialgesellschaftliche Dimension von Geschlecht. Diese Differenzierung sollte auch in der geschlechtersensiblen Gesundheitsforschung noch stärker berücksichtigt werden (Merbach et al. 2001, Doyal 2004).

So sind die typischen Rollenmuster eine Erklärung für die unterschiedliche Inanspruchnahme medizinischer Hilfe und das unterschiedliche Beurteilen des eigenen Gesundheitszustandes (s. o.). Weiblich ist es, Hilfe zu ersuchen, Männer hingegen kommen mit sich selbst klar, dürfen keine Schwächen und Gebrechen zeigen und ignorieren eventuelle körperliche Warnsignale (Felder und Brähler 1992, Hollstein 1992, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg 2003). Grundsätzlich gilt, dass Männer eine höhere Mortalitätsrate haben als Frauen und eine im Schnitt um 6 Jahre niedrigere Lebenserwartung (Merbach et al. 2001, Statistisches Bundesamt 2005). Die höhere Mortalitätsrate ist jedoch nicht allein auf männliches Rollenverhalten zurückzuführen, da auch schon die Totgeburtenrate und die Säuglingssterblichkeit für Jungen über der von Mädchen liegt (Hollstein 1992, Statistisches Bundesamt 1998, Merbach et al. 2001, Frank 2003, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg 2003). Hier zeigt sich die Existenz biologischer Faktoren. Des weiteren unterscheiden sich Männer und Frauen hinsichtlich ihres Lebensstils. Männer rauchen mehr, konsumieren mehr Alkohol und leben im allgemeinen risikobereiter. Sie sterben häufiger durch Verkehrs- und Arbeitsunfälle. Frauen hingegen achten im Durchschnitt mehr darauf, ob ihr Verhalten gesundheitsgefährdend ist oder nicht, z. B. in Bezug auf eine gesunde Ernährung (Hollstein 1992, Maschewsky-Schneider et al. 1992, Hessel et al. 1999, Sieverding und Gromus 2000, Merbach et al. 2001 Ministerium für Arbeit,

Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg 2003). Die typischen geschlechtsspezifischen Verhaltensmuster werden in letzter Zeit zunehmend verlassen. Ob dies positive Auswirkungen auf die männliche Gesundheit haben wird, bleibt abzuwarten. Für Frauen bedeutet dies allerdings auch in gewisser Weise eine Anpassung an einen eher ungesunden Lebenswandel, so ist z. B. der Zigaretten- und Alkoholkonsum von Frauen angestiegen (Maschewsky-Schneider et al. 1992, Doyal 2004). Dies wird sich vermutlich negativ auf ihren Gesundheitszustand auswirken.

7.1. Gebiet und Jahrgang

In dieser Untersuchung kamen Daten von zwei Städten und zwei Landkreisen zur Auswertung. Bei beiden Städten handelt es sich um sogenannte kreisfreie Städte, d. h. sie bestehen jeweils nur aus einer Gemeinde, welche Stadtrecht besitzt. Gera-Stadt hat eine Größe von 152 km² und Jena-Stadt von 114 km². Die Bevölkerungsdichte liegt bei 781 Personen/km² bzw. 869 Personen/km². Zum Saale-Orla-Kreis gehören 94 Gemeinden, darunter 12 Städte, zum Landkreis Saalfeld-Rudolstadt 58 Gemeinden darunter 9 Städte. Es überwiegen also bei beiden die nichtstädtischen Gebiete. Die Flächen der beiden Landkreise sind erwartungsgemäß deutlich größer und weniger dicht besiedelt. (Saale-Orla-Kreis, 1148 km² und 88 Personen/km² ; Landkreis Saalfeld-Rudolstadt 1035 km² und 133 Personen/km².) Aufgrund dieser Unterschiede ist anzunehmen, dass die untersuchten Städte und Landkreise die Vorgabe Stadt bzw. Land erfüllen. (Alle Angaben sind der Internetseite des Thüringer Landesamt für Statistik entnommen.)

Die Auswertung ergab eine höhere Frühberentungsinzidenz für Versicherte aus städtischem Gebiet. Eine mögliche Erklärung könnte u. a. sein, dass die Arbeitsmarktsituation für die hier untersuchten Städte und Landkreise verschieden ist. Wie bereits erwähnt, ergeben sich jedoch keine Unterschiede in der Rentengewährung in Abhängigkeit vom Arbeitsmarkt zwischen Stadt und Land (Tab. 28, Kap. 6.10.). Auch die Arbeitslosenquoten deuten nicht auf einen arbeitsmarktbedingten Unterschied hin (Tab. 33).

Tab. 33 Arbeitslosenquoten *

Gebiet	1996	1997
Gera-Stadt	17,7	20,7
Jena-Stadt	14,9	17,7
Landkreis Saalfeld-Rudolstadt	17,7	20,1
Saale-Orla-Kreis	14,8	18,0

* Zahlen vom Thüringer Landesamt für Statistik

Betrachtet man die Inzidenzen der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit für 1998 in Thüringen aufgeschlüsselt nach den einzelnen Städten und Landkreisen (Tab. 34 und 35), so zeigt sich, dass keine generelle Aussage darüber gemacht werden kann, ob Versicherte in ländlichen oder in städtischen Gegenden eher frühberentet werden, da es sowohl zwischen den Städten als auch zwischen den Landkreisen große Schwankungen der Frühberentungsinzidenzen gibt.

Tab. 34 Frühberentungsinzidenzen für Städte und Landkreise in Thüringen 1998

Kreisfreie Stadt Landkreis	Frühberentungsinzidenz (‰)		Kreisfreie Stadt Landkreis	Frühberentungsinzidenz (‰)	
	Frauen	Männer		Frauen	Männer
Stadt Erfurt	5,93	6,64	Gotha	7,48	7,61
Stadt Gera	7,60	7,75	Sömmerda	4,89	6,66
Stadt Jena	5,26	5,80	Hildburghausen	6,37	7,68
Stadt Suhl	6,48	7,81	Ilm-Kreis	6,45	6,79
Stadt Weimar	6,56	7,02	Weimarer Land	5,66	6,55
Eichsfeld	6,75	6,94	Sonneberg	7,47	8,74
Nordhausen	5,80	6,53	Saalfeld-Rudolstadt	6,75	7,64
Wartburgkreis	6,94	6,98	Saale-Holzland-Kreis	5,07	6,67
Unstrut-Hainich-Kreis	6,83	6,67	Saale-Orla-Kreis	5,70	6,34
Kyffhäuserkreis	8,25	8,46	Greiz	6,12	7,83
Schmalkalden-Meiningen	7,57	7,21	Altenburger Land	7,40	8,42

Tab. 35 Frühberentungsinzidenzen Thüringen 1998

	Frauen	Männer
Thüringen	6,55	7,15
Kreisfreie Städte	6,31	6,89
Landkreise	6,62	7,22

Die Zahlen von Tab. 34 und 35 wurden dem 3. Gesundheitsbericht für den Freistaat Thüringen 2000 entnommen (Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit 2000). Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die Angaben –Zugänge je 100 000 aktiv Versicherte– in –Zugänge je 1000 aktiv Versicherte– umgerechnet.

Im Gegensatz zur vorliegenden Auswertung ergibt sich hier für die ländlichen Gebiete insgesamt eine höhere Frühberentungsinzidenz. Dies kann damit zusammenhängen, dass wir nur Daten der LVA ausgewertet haben, die Tabelle des Gesundheitsberichtes jedoch die Frührenten aller Versicherungsträger berücksichtigt. Aufgrund von fehlendem Datenmaterial kann die Vermutung jedoch weder bestätigt noch widerlegt werden. Ebenso sind wahrscheinlich die für Frauen im Vergleich zu den Männern bis auf eine Ausnahme niedrigeren Inzidenzen im Gesundheitsbericht zu erklären. Denn in der vorliegenden Auswertung wurden für Frauen überwiegend höhere Frühberentungsinzidenzen ermittelt. Die fehlende Aufteilung der Daten nach den einzelnen Rentenversicherungsträgern erklärt jedoch mit ziemlicher Sicherheit die durchweg niedrigeren Inzidenzen. Wie in Tab. 36 dargestellt, liegen die Frühberentungsinzidenzen für die ArV deutlich über denen der AnV. (Außerdem sind die Zahlen für die knappschaftliche Rentenversicherung (KnV) wiedergegeben. Träger dieser ist die Bundesknappschaft in Bochum. Im Gegensatz zur Arbeiterrentenversicherung und zur Bundesversicherungsanstalt für Angestellte ist die Bundesknappschaft gleichzeitig für die Krankenversicherung ihrer Versicherten verantwortlich. In ihr sind bundesweit vor allem Personen versichert, die in einem Bergwerksbetrieb arbeiten. Die extremen Arbeitsbedingungen für Bergleute erklären die hohen Frühberentungsinzidenzen.)

Tab. 36 Frühberentungsinzidenzen Deutschland im Zeitverlauf; RV gesamt, ArV, AnV, KnV

Jahr	RV gesamt	ArV	AnV	KnV
1995	9,35	13,28	5,01	46,05
1996	8,88	12,26	5,10	47,44
1997	8,46	11,33	5,25	47,29
1998	7,75	10,54	4,70	47,35
1999	6,56	8,82	3,93	55,19
2000	6,33	8,20	4,15	55,03
2001	5,97	7,65	4,05	54,32

Es konnte keine Ursache für die in dieser Arbeit ermittelten höheren Frühberentungsinzidenzen der beiden Städte gefunden werden. Wie oben dargestellt, ist dieses Ergebnis auch nicht auf andere Städte und Landkreise Thüringens übertragbar.

In dieser Untersuchung ergeben sich für alle Gebiete für 1997 höhere Frühberentungsinzidenzen als für 1996. Dies ist für Deutschland insgesamt nicht der Fall, hier sind die Inzidenzen für 1997 etwas geringer. Auch für die neuen Bundesländer getrennt betrachtet ergibt sich nur ein minimaler Anstieg der Frührentenzugänge in ‰ für 1997 (Tab. 37). Überprüft man die Rentengewährung in Abhängigkeit von der Arbeitsmarktlage für die Jahrgänge 1996 und 1997, so zeigt sich, dass 1997 häufiger eine Rente in Abhängigkeit von der Arbeitsmarkt-

lage gewährt worden ist (Tab. 38). Diesen Zusammenhang bestätigt auch die Berechnung der Odds ratios. Das Chancenverhältnis von Rente unabhängig zu Rente abhängig vom Arbeitsmarkt beträgt für 1996 zu 1997 1,465 mit einem 95 %-Konfidenzintervall von 1,195-1,797. (Das Chancenverhältnis von Rente unabhängig zu Rente abhängig vom Arbeitsmarkt 1997 zu 1996 beträgt entsprechend 0,683 mit einem 95 %-Konfidenzintervall von 0,556-0,837.) Somit sind 1996 signifikant mehr Frührenten unabhängig von der Arbeitsmarktlage gewährt worden. Auch die Arbeitslosenquoten (Tab. 33) sind 1997 für alle Gebiete höher als 1996. Dies könnte eine Erklärung für die höheren Frühberentungsinzidenzen von 1997 im Vergleich zu 1996 sein.

Tab. 37 Frührentenzugänge (‰) RV insgesamt *

	1996	1997
Neue Bundesländer	8,72	8,81
Alte Bundesländer	8,93	8,36
Deutschland	8,88	8,46

* Zahlen berechnet anhand der Broschüre „Rentenversicherung in Zeitreihen“, Hrsg.: VDR

Tab. 38 Abhängigkeit der Rente vom Arbeitsmarkt in Bezug zum Jahrgang

Rente in Bezug auf Arbeitsmarkt	1996		1997		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
unabhängig	475	65,2	478	56,2	953	60,4
abhängig	253	34,8	373	43,8	626	39,6

Tab. A1 und A2 zeigen das Frühberentungsgeschehen für Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit für Thüringen bzw. die neuen und alten Bundesländer im Zeitverlauf. Dabei zeigt sich eine deutliche Abnahme der Frühberentungsinzidenzen im Laufe der letzten Jahre, sowohl für Thüringen, als auch für die neuen und alten Bundesländer insgesamt. Diese dürfte vor allem auf den starken Rückgang der Zugänge von Frührenten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der ArV zurückzuführen sein (Tab. 36). Die Abnahme der Inzidenzen ist für Frauen und Männer gleichermaßen zu erkennen. Frauen hatten bis 1995 in den neuen Bundesländern höhere Frühberentungsinzidenzen als Männer, 1996 kippt dies ins Gegenteil. Ein Ergebnis dieser Untersuchung ist, dass Frauen in den ausgewerteten Gebieten 1996 und 1997 häufiger frühberentet worden sind. Da es sich dabei um Daten von 1996 und 1997 handelt, könnten die hier gefundenen höheren Inzidenzen für Frauen durch eine Verzögerung der oben genannten Entwicklung bedingt sein. (Außerdem gilt die weiter oben bereits erwähnte Ein-

schränkung, dass Daten der LVA nur eingeschränkt mit Daten der RV gesamt vergleichbar sind.) In den alten Bundesländern hatten Frauen schon immer eine niedrigere Frühberentungsinzidenz als Männer. Die Differenz hat aber in den letzten Jahren stark abgenommen. Der größere Unterschied zwischen den Geschlechtern in den alten Bundesländern ist sicher durch die deutlich geringere Erwerbsbeteiligung der Frauen dort bedingt, wobei die in den letzten Jahren zunehmende Erwerbsbeteiligung der Frauen zu einer Abnahme der Differenz führt. Da in der ehemaligen DDR die Berufstätigkeit von Frauen durchaus die Regel war, ist hier der Unterschied zwischen Frauen und Männern deutlich geringer. Insgesamt hat sich eine Angleichung der Rentenzugangszahlen für neue und alte Bundesländer im Laufe der letzten Jahre ergeben.

7.2. Alter

Das durchschnittliche Rentenzugangsalter liegt in dieser Untersuchung bei 48,86 Jahren. Frauen wurden im Durchschnitt mit 48,79 Jahren, Männer mit 48,90 Jahren frühberentet. Zum besseren Vergleich mit den Daten des VDR sind die Jahrgänge 1996 und 1997 noch einmal getrennt analysiert worden. Für die hier untersuchten Gebieten ergeben sich niedrigere mittlere Berentungsalter im Vergleich zu den Daten des VDR für das ganze Bundesland Thüringen, wobei der Unterschied 1996 mit 1,39 Jahren (Frauen) und 1,20 Jahren (Männer) größer ist als 1997 mit einer Differenz von 0,59 Jahren (Frauen) und 0,31 Jahren (Männer). Sowohl in den hier untersuchten Gebieten als auch in Thüringen insgesamt wurden Frauen 1996 durchschnittlich später als die Männer, 1997 jedoch früher berentet (Tab. 39).

Tab. 39 Mittleres Berentungsalter 1996 und 1997

	1996			1997		
	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt
Ergebnisse dieser Untersuchung	48,27	48,07	48,14	49,18	49,66	49,47
Daten des VDR für Thüringen*	49,66	49,47		49,77	49,97	

* VDR Statistik Rentenzugang für 1996 und 1997, nur Daten der LVA

Betrachtet man das mittlere Berentungsalter im Verlauf der letzten Jahre, so lässt sich Folgendes feststellen (Tab. A9). Für die alten Bundesländer gilt generell, dass Frauen durchschnittlich eher als Männer frühberentet werden (mittlere Differenz 1,39 Jahre). Für diese Differenz ist auch keine grundsätzlich zu- oder abnehmende Tendenz zu erkennen. Ganz anders sieht es in den neuen Bundesländern aus. Bis 1996 wurden Frauen hier später als Männer frühberentet. Dies kehrte sich jedoch ab 1997 ins Gegenteil um. Ab diesem Jahr werden auch

in den neuen Bundesländern die Frauen durchschnittlich früher berentet als die Männer. Die durchschnittliche Differenz (1997-2002) ist jedoch mit 0,57 Jahren noch deutlich geringer als in den alten Bundesländern. Der in dieser Untersuchung festgestellte Unterschied zwischen 1996 und 1997 hinsichtlich des durchschnittlichen Berentungsalters für Frauen und Männer lässt sich also auch für die neuen Bundesländer insgesamt feststellen und ist bei Betrachtung der Zeitreihe von 1993-2002 auffallend. Generell gilt, dass das durchschnittliche Berentungsalter für Frauen und Männer in den neuen Bundesländern niedriger ist als in den alten Bundesländern. Dort ist jedoch in den letzten Jahren das mittlere Berentungsalter um ca. 3 Jahre gesunken. Diese Tendenz ist in den neuen Bundesländern nicht vorhanden, so dass die Differenz im Laufe der Jahre geringer geworden ist. Während Frauen 1993 in den neuen Bundesländern noch durchschnittlich 4,2 Jahre eher als Frauen in den alten Bundesländern berentet worden sind, beträgt der Unterschied 2002 nur noch 1,5 Jahre. Auch für Männer hat sich die Differenz von 5,3 Jahren (1993) auf 2,1 Jahre (2002) reduziert (Tab. A9). Da der Unterschied im Berentungsalter zwischen Frauen und Männern in den neuen und alten Bundesländern vorhanden ist, kann er nicht auf die in der ehemaligen DDR weitaus üblichere Doppelbelastung durch Familie und Beruf für Frauen zurückgeführt werden. Die deutlich schlechtere konjunkturelle Lage in den neuen Bundesländern dürfte jedoch einen nicht unerheblichen Einfluss auf das Berentungsalter haben und damit die durchschnittlich zeitigere Frühverrentung erklären. Die zunehmenden Arbeitslosenquoten in den alten Bundesländern verursachen wahrscheinlich hier die Tendenz zur zeitigeren Frühberentung in den letzten Jahren. Dass ein Zusammenhang zwischen schlechter konjunktureller Lage sowie anhaltend hoher Arbeitslosigkeit und der Tendenz zu vorzeitigem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, sei es in „normale“ vorgezogene Altersruhegelder oder Erwerbsminderungsrenten, besteht, ist unbestritten. Nach einer Untersuchung von Bangel (1993) kann jedoch kein direkter linearer Zusammenhang zwischen schlechter konjunktureller Lage und einem großen Anteil von Frühverrentungen festgestellt werden. Vielmehr scheiden in Regionen, die einem starken konjunkturellem Umbruch unterliegen (z. B. Wandel von vorwiegend industriellen Sektor hin zum Dienstleistungssektor) überdurchschnittlich viele Personen vorzeitig aus dem Erwerbsleben aus. Die neuen Bundesländer befinden sich ohne Frage seit der Wende und der folgenden Wiedervereinigung in einem starkem Strukturwandel. Dieser kann somit eine weitere Erklärung für die zeitigere Frühverrentung in den neuen Bundesländern sein. Diese Zusammenhänge bestätigen die Theorie, dass Frühverrentung durchaus auch von ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen als sozial verträgliche Möglichkeit genutzt wird, personelle Veränderungen durchzuführen (Bangel 1993).

Die prozentuale Verteilung aller Frührentenzugänge auf die einzelnen Altersklassen nach den Daten des VDR für die neuen und alten Bundesländer entspricht im wesentlichen den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung (Tab. A10). Unterschiede bestehen weniger zwischen den Ergebnissen dieser Untersuchung und den Daten für die neuen Bundesländer allgemein, sondern sind auf Besonderheiten zwischen neuen und alten Bundesländern zurückzuführen.

Die jeweils häufigste Altersklasse ist die der 55-59-Jährigen, es folgt die Altersklasse 50-54 Jahre. (Eine Ausnahme ergibt sich bei den Frauen in den neuen Bundesländern. Hier wurden im Jahr 1997 mit 30,3 % etwas mehr Frauen im Alter von 50-54 Jahren berentet als im Alter von 55-59 Jahren mit 29,4 %.) Wie oben bereits erwähnt, liegt das durchschnittliche Frühberentungsalter in den alten Bundesländern über dem der neuen Bundesländer. Dies wird auch an der Verteilung der Altersklassen deutlich. Die Gruppe der 60-64-Jährigen ist in den alten Bundesländern wesentlich stärker, bei den Männern ist es mit 14,9 % die drittgrößte Altersgruppe. Auch die Gruppe der 55-59-Jährigen ist in den alten Bundesländern 6 % bzw. 7,4 % (Frauen) und 9,6 % bzw. 12,1 % (Männer) größer. In den neuen Bundesländern hingegen werden prozentual deutlich mehr Versicherte im Alter von 50-54 Jahren frühberentet als im alten Bundesgebiet.

Ein weiterer Unterschied ist bei der Gruppe der bis 24-Jährigen (in dieser Untersuchung in 15-19- bzw. 20-24-Jährige unterteilt) vorhanden. Ein hoher Prozentsatz dieser Gruppe wurde nach Art. 2 RÜG berentet. Dies traf natürlich vor allem für Personen zu, die in den neuen Bundesländern leben. (Anm.: Um die Voraussetzung für das RÜG zu erfüllen, muss man am 18. Mai 1990 seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in den neuen Bundesländern gehabt haben. Zum Zeitpunkt des Rentenzugangs 1996 konnte der Wohnsitz dann auch in den alten Bundesländern sein. Dass erklärt, warum auch dort einige Personen nach RÜG berentet wurden.) Somit sind in dieser Altersgruppe im Osten Deutschlands sehr viel mehr Personen frühberentet worden (Böhm et al. 1996).

7.3. Diagnose

7.3.1. Diagnoseklassen

Zum Thema „Welche Diagnosen führen zur Frühberentung“ liegen einige z. T. schon recht alte Untersuchungen vor. Auch in diesen Studien ergaben sich als häufigste Frühberentungsdiagnosen Erkrankungen des Bewegungsapparates, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychiatrische Erkrankungen sowie Neubildungen (Wasilewski et al.1984, Fassmann et al. 1985, Schuntermann 1987, Schuntermann 1988, Barth 1994, Behrend 1994, Huber 2000). Diese Krankheiten dominieren also seit Jahren das Frühberentungsgeschehen. Hinsichtlich der Häufigkeit dieser Diagnoseklassen gab es jedoch in den letzten Jahren deutliche Änderungen

(Tab. A11), vor allem für Krankheiten des Kreislaufsystems und psychiatrische Erkrankungen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind bei den Frauen in den alten Bundesländern innerhalb der letzten 20 Jahre um mehr als 75 % zurückgegangen, bei den Frauen in den neuen Bundesländern in den letzten 10 Jahren um 10 %. Ein gegenläufiger Trend ergibt sich für psychiatrische Erkrankungen. Hier ist in den letzten Jahren ein extremer Anstieg der Berentungsfälle zu verzeichnen. Die Abnahme der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die Zunahme der psychiatrischen Erkrankungen sind auch für Männer deutlich zu erkennen, aber nicht ganz so ausgeprägt wie bei den Frauen. Ein Grund für die Zunahme psychiatrischer Erkrankungen als Ursache von Frühberentungen könnte sein, dass sich die „Belastungs- und Anforderungsprofile der Erwerbsarbeit –weg von der körperlichen Schwerarbeit hin zu der psychisch belastenden Erwerbsarbeit–“ verändert haben (Russig 1994). Die Zunahme an psychiatrischen Erkrankungen und gleichzeitige Abnahme von Erkrankungen des Kreislaufsystems waren bereits in den 80iger Jahren zu erkennen (Schuntermann 1987). Auch auf die bedeutende Rolle der psychiatrischen Erkrankungen aufgrund des relativ niedrigen durchschnittlichen Frühberentungsalters hat Schuntermann bereits 1987 bzw. 1988 hingewiesen. Oben genannte gegenläufige Entwicklung bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen und den psychiatrischen Erkrankungen hat die Bedeutung in den letzten Jahren verstärkt (Behrend 1994, VDR 2003). Somit haben psychiatrische Erkrankungen beim Gesamtverlust an Erwerbsjahren die Spitzenrolle übernommen. (Anm.: Der deutliche Unterschied zur zweiten Diagnoseklasse, der in dieser Untersuchung ermittelt worden ist, ist z. T. natürlich durch das RÜG und die damit verbundene Invalidenrente ab 18 Jahren bedingt.)

Erkrankungen des Bewegungsapparates haben als Frühberentungsdiagnose in den alten Bundesländern Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre stark zugenommen (Karmaus 1994), sind inzwischen aber wieder in etwa bei dem Stand von vor 20 Jahren angelangt. In den neuen Bundesländern gab es bei den Frauen für diese Diagnosegruppe in den letzten Jahren einen Rückgang, bei den Männern zeigte sich eine gegenläufige Tendenz.

Die Zahl der Berentungen wegen Neubildungen hat im gesamten Bundesgebiet zugenommen. (VDR 2003/Tab. A11).

Die hier ermittelte Rangfolge der vier häufigsten Diagnoseklassen ist im wesentlichen identisch mit der von allen neuen Bundesländern, lediglich die Prozentzahlen differieren etwas. Des weiteren ergab sich in dieser Untersuchung ein deutlicher Unterschied zwischen Frauen und Männern in bezug auf die Frühverrentungshäufigkeit für Erkrankungen des Bewegungsapparates und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. So werden Frauen signifikant häufiger wegen Erkrankungen des Bewegungsapparates, seltener wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen früh-

berentet (Tab. 11). Dieser Unterschied ist für die Jahre 1996 und 1997 auch für das gesamte Gebiet der neuen Bundesländer zu erkennen. Im alten Bundesgebiet hingegen existiert diese Differenz nur bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Erkrankungen des Bewegungsapparates führten dort in diesen beiden Jahren bei Frauen und Männer prozentual in etwa gleich häufig zur Frühberentung (Tab. A11).

7.3.2. Diagnoseunterklassen

Bei der Auswertung einzelner Diagnoseunterklassen stehen bei den Frauen an erster bzw. zweiter Stelle „Dorsopathien“ bzw. „Arthropathien und verwandte Affektionen“, es folgen „Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und andere nichtpsychotische psychische Störungen“, sowie „Bösartige Neubildungen der Harn- und Geschlechtsorgane“ und „Bösartige Neubildungen der Knochen, des Bindegewebes, der Haut und der Brustdrüse“. Diagnosen der Klasse Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind schon deutlich seltener. Bei den Männern hingegen stehen „Ischämische Herzkrankheiten“ bereits an vierter Stelle. Hier sind bösartige Neubildungen seltener und auch mehr durch allgemeine Lokalisationen bedingt. Straube und Straube geben als häufigste Frühberentungsdiagnosen in der DDR für Frauen Arthropathien, ischämische Herzkrankheiten und Psychosen, für Männer ischämische Herzkrankheit, zerebrovaskuläre Erkrankungen und chronisch obstruktive Lungenkrankheiten an (1990). Es ergibt sich also eine weitgehende Übereinstimmung mit den Ergebnissen dieser Untersuchung. Ein Teil der zwischen Frauen und Männern gefundenen Differenzen dürfte wohl auf unterschiedliches Gesundheitsverhalten zurückzuführen sein. Für bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane und des Bauchfells sowie der Atmungs- und intrathorakalen Organe, die bei den Männern signifikant häufiger auftreten, sind ungesunde Verhaltensweisen wie z. B. Rauchen oder schlechte Ernährung als mitverursachende Faktoren bekannt (Stobbe und Baumann 1996, Herold et al. 2004). Wie bereits erwähnt, achten Frauen im allgemeinen stärker auf gesunde Ernährung und rauchen weniger, wobei dieser Unterschied in den letzten Jahren abgenommen hat. Bei bösartigen Neubildungen der Harn- und Geschlechtsorgane und der Brustdrüse spielt das Rauchen sicherlich eine weniger bedeutende Rolle, mit einer zu fettreichen Ernährung und daraus folgendem Übergewicht steigt jedoch auch das Risiko von Gebärmutter- und Brustdrüsenkrebs an (Stegner 1994). Für bösartige Neubildungen allgemein muss man sich fragen, ob die durch sie verursachten Frühberentungszahlen nicht durch eine bessere Inanspruchnahme der Krebsvorsorgeuntersuchungen und damit eine frühere Diagnosestellung zu senken wären. Die bei Männern ebenfalls signifikant häufiger auftretenden Diagnosen „ischämische Herzkrankheiten“ oder „Krankheiten des zerebrovaskulären Systems“ sind ebenso

häufig Folge ungesunder Lebensweise, vor allem von Zigarettenkonsum, unausgewogener Ernährung und mangelnder Bewegung.

Bei den Krankheiten des Bewegungsapparates überwiegen abnutzungsbedingte Erkrankungen, entzündliche oder stoffwechselbedingte Affektionen führen seltener zur Frühberentung. Zu diesem Schluss kommt auch Karmaus (1994). Er geht weiter davon aus, dass die Abnutzung Folge von ungünstigen Arbeitsbedingungen sein kann (z. B. Tragen von Lasten >20 kg, ungünstige Arbeitshaltungen und das Ausführen immer gleicher Arbeiten). Somit sei ein Teil der Frühberentungen wegen Erkrankungen des Bewegungsapparates zu vermeiden, wenn man für gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen sorgen würde, sofern dies möglich ist. Prävention und Früherkennung seien für diese Diagnosegruppe von besonderer Bedeutung, wobei auch auf subjektive Beschwerden und nicht nur objektive Krankheitszeichen geachtet werden solle (Karmaus 1994). Neben ungesunden Arbeitsbedingungen spielt bei abnutzungsbedingten Erkrankungen des Bewegungsapparates die Lebensweise ebenfalls eine nicht unbedeutende Rolle. So sind Adipositas und mangelnde Bewegung ein Risikofaktor für vorzeitigen Verschleiß und Abnutzungserscheinungen (Stobbe und Baumann 1996, Herold et al. 2004). Die Verlängerung der Lebensarbeitszeit könnte das Problem der abnutzungsbedingten Erkrankungen in Zukunft noch verstärken.

Die sogenannten Wohlstandskrankheiten spielen also auch im Frühberentungsgeschehen eine wesentliche Rolle.

7.3.3. Diagnosen

Die große Bedeutung des Gesundheitsverhaltens wird auch bei Betrachtung der einzelnen Diagnosen noch einmal deutlich. In dieser Untersuchung ist die häufigste Einzeldiagnose bei Männern Alkoholabhängigkeit mit 5,8 % (1996: 5,03 %; 1997: 6,60 %). In den hier untersuchten Gebieten werden prozentual mehr Männer aufgrund der Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ berentet als im bundesdeutschen Durchschnitt für die ArV. Die Zahlen lagen 1996 bei 3,61 % und 1997 3,91 %. Bei Frauen ist die Diagnose mit 1,9 % zwar deutlich seltener, aber sie steht immerhin an 16. Stelle. Geht man davon aus, dass ein Großteil der Diagnose „Chronische Leberkrankheit und –zirrhose“ ebenfalls auf übermäßigem Alkoholkonsum zurückzuführen ist, so ist die Zahl der aufgrund von übermäßigem Alkoholkonsum frühberenteten Personen noch größer. Die Diagnose Alkoholabhängigkeit macht bei Männern 29 % aller psychiatrischen Erkrankungen aus (1996: 22,02 %; 1997: 37,36 %). Im gesamten Bundesgebiet wurden 1996 22,55 % der psychiatrischen Erkrankungen bei den Männern durch die Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ verursacht, 1997 waren es 23,84 %. Diesen immensen Anteil hatte

Schuntermann bereits für den Jahrgang 1983 für Männer der ArV festgestellt. Er kam zu dem Ergebnis, dass 34 % der Männer, die wegen der Diagnoseklasse „psychiatrische Erkrankungen“ frühberentet worden sind, aufgrund der Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ berentet wurden. Diese erschreckend hohen Zahlen machen die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen in Bezug auf den Alkoholmissbrauch deutlich. Zum Zeitpunkt der Berentung ist das Alkoholproblem sicherlich eine echte Suchtkrankheit, im Anfang war es jedoch in vielen Fällen eventuell „nur“ negatives Gesundheitsverhalten oder falsche Problembewältigungsstrategie. Es ist wichtig, das Problem Alkohol auch am Arbeitsplatz zu thematisieren und eine engere Zusammenarbeit zwischen Betrieben, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen anzustreben (Hackler 1986). Auf Rang zwei der psychiatrischen Diagnosen bei den Männern folgen „Schizophrene Psychosen“. Diese sind mit 17 % schon deutlich seltener.

Bei Frauen dominieren „Affektive Psychosen“ (16,9 %), „Neurosen“ (14,5 %) und „Schizophrene Psychosen“ (13,7 %). Auch dies entspricht in etwa den von Schuntermann ermittelten Zahlen. Doubrawa weist in seiner Arbeit von 1990 ebenfalls auf die große Anzahl aufgrund von neurotischen Störungen berenteter Personen hin und vermutet, dass unter den als „organisch krank“ frühberenteten Personen auch FrührentnerInnen sind, deren organische Störungen eher psychosomatischer Natur sind, z. B. in der Gruppe der wegen „Dorsopathien“ Berenteter (Huber 2000). Nach Huber wurden 1997 ca. 30 % der Frauen und Männer der Altersklasse bis 39 Jahre aufgrund von „Neurosen, Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien) und andere nicht psychotischen psychischen Störungen“ (ICD 300-316) frühberentet. Des Weiteren kommt er zu dem Ergebnis, dass 27 % der Frauen und 19 % der Männer zwischen 40 und 54 Jahren aufgrund dieser Diagnoseklasse frühberentet werden. Er geht sogar davon aus, dass bis zu 50 % aller Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten mit „psychosomatischen Aspekten zu tun haben“. Diese hohen Werte konnten in dieser Arbeit nicht bestätigt werden. (Wegen der besseren Vergleichbarkeit der Daten ist hier wieder nur der Jahrgang 1997 berücksichtigt worden.) Die Zahlen, die aus der VDR Statistik Rentenzugang 1997 berechnet wurden, sind ebenfalls niedriger als bei Huber (Tab. 40).

Es ergibt sich allerdings für die Frauen auch eine Differenz zwischen den Ergebnissen dieser Auswertung und den Werten des VDR. Ob diese darauf zurückzuführen sind, dass o. g. Diagnoseklasse in den alten Bundesländern häufiger zur Frühberentung führt, konnte leider mangels entsprechender Daten nicht festgestellt werden. Weder die jährlich veröffentlichten Statistiken des VDR noch andere Untersuchungen unterscheiden bei den Diagnoseunterklassen bzw. der Auswertung einzelner Diagnosen zwischen neuem und altem Bundesgebiet.

Tab. 40 Anteil der Frührenten aufgrund von „Neurosen, Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien) und anderen nicht psychotischen psychischen Störungen“ (ICD 300-316) an allen Frührenten der entsprechenden Altersklassen

Alter in Jahren	RV		ArV		LVA Thüringen *	
	<39	40-54	<39	40-54	<39	40-54
Frauen	16,0	19,8	14,3	17,4	10,0	10,8
Männer	13,3	13,6	13,9	13,4	12,9	12,7

* Ergebnisse dieser Untersuchung

Zahlen RV und ArV berechnet anhand des Bandes VDR Statistik Rentenzugang 1997, S.26-53

Grundsätzlich sei ein Großteil der wegen „Neurosen“ oft in relativ jungem Alter berenteter Personen durchaus noch arbeitswillig. Somit wäre es gut, für sie geeignete Arbeitsplätze zu schaffen, zumal der Krankheitsverlauf von Personen mit neurotischen Störungen mit und ohne Berentung ähnlich ist (Doubrawa 1990, Huber 2000). Ebenso wichtig ist es, Patienten mit psychosomatischen Störungen möglichst zeitig als solche zu erkennen, um geeignete psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen zu ergreifen und eine iatrogene Fixierung der Störung zu vermeiden. Dies ist umso schwieriger, als ein Großteil der psychosomatisch Kranken nicht von der psychischen Mitbedingtheit der Beschwerden überzeugt ist (Huber 2000). Auch Doubrawa (1990) verweist in seiner Arbeit auf den großen Anteil derer, die wegen „Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und anderen nichtpsychotischen psychischen Störungen“ berentet werden und betont, wie wichtig es ist, psychische Störungen rechtzeitig als solche zu identifizieren und zu versuchen, durch geeignete therapeutische Maßnahmen einer vorzeitigen Berentung entgegen zu wirken. Wölk (1992) bemerkt jedoch, dass es mitunter schwierig sein kann, psychosomatische Störungen wie z. B. somatoforme Schmerzzustände von einem reinen „Rentenwunsch“ abzugrenzen.

In der ehemaligen DDR war bei Frauen im Alter zwischen 35 und 50 Jahren das Mammakarzinom die häufigste Frühberentungsursache (Straube und Straube 1990). Diese Diagnose ist hier bei den Frauen auf Rang zwei, in oben genannter Altersgruppe werden 6,0 % der Frauen deswegen berentet.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass ein großer Teil der Frühberentungen auf Erkrankungen zurückzuführen ist, die durch ungesunde Lebensweisen zumindest mitbedingt werden. Dieses Problem ist nicht nur für die Rentenversicherungsträger von Bedeutung, sondern für das ganze Gesundheitssystem und natürlich für die Erkrankten selbst. Hier sollte mit Gesundheitsschulungen u. ä. dafür gesorgt werden, dass jede/jeder einzelne die Verantwortung für seine Gesundheit erkennt und wahrnimmt.

7.4. Kinder

Wie bereits erwähnt, wurden nur die Kinder einbezogen, für die Erziehungszeiten zu berücksichtigen sind. Aussagen darüber, wie viele Kinder in den Familien der FrührentnerInnen gelebt haben oder leben, sind nicht möglich. Da es in der ehemaligen DDR nicht üblich war, längere Zeit wegen Kindererziehung zu pausieren, kann man davon ausgehen, dass größtenteils eine Doppelbelastung durch Familie und Beruf vorhanden war. Die Frauen dieser Untersuchung haben durchschnittlich 1,95 Kinder, für die Erziehungszeiten zu berücksichtigen sind. Zum Vergleich mit den durchschnittlichen Geburtenzahlen in Ostdeutschland wurde angenommen, dass die Zahl der Kinder, für die Erziehungszeiten zu berücksichtigen sind, der tatsächlichen Kinderzahl entspricht. Die meisten Frauen dieser Untersuchung waren in den Jahren 1960 bis 1990 im gebärfähigen Alter. Die Geburtenziffern für Ostdeutschland lagen 1960 bei 2,33, 1965 bei 2,46, 1970 bei 2,19, 1975 bei 1,54, 1980 bei 1,94, 1985 bei 1,73 und 1990 bei 1,52 (Quelle: Statistisches Bundesamt). Der durchschnittliche Wert betrug 1,96 und entspricht damit ziemlich genau dem Wert dieser Untersuchung (1,95). Die Geburtenziffer in Thüringen betrug 1980 1,91, 1985 1,71 und 1990 1,50 (Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik). Somit lag Thüringen 1980, 1985 und 1990 knapp unter dem ostdeutschen Durchschnitt und dürfte sich auch in den Jahren davor nicht wesentlich von diesem unterscheiden. In Tab. 19 ist die Kinderzahl entsprechend der Altersklassen dargestellt. Auch bei den Frührentnerinnen lassen sich die bis in die Mitte der neunziger Jahre deutlich rückläufigen Geburtenzahlen erkennen. Die Geburtenrate in Thüringen lag 1991 bei 0,97, 1994 bei 0,77, 1996 bei 0,97 und 1997 bei 1,07 (Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik). Die Frauen der jüngeren Altersklassen in dieser Untersuchung haben eine etwas niedrigere Geburtenrate. Dies liegt sicher zum einen daran, dass diese Frauen noch im gebärfähigen Alter sind. Zum anderen ist bei einer Frühberentung in sehr jungen Jahren davon auszugehen, dass die gesundheitliche Einschränkung auch einen Einfluss auf die Kinderzahl haben kann. Zusammenfassend lässt sich jedoch feststellen, dass die Geburtenziffer der Frührentnerinnen der aller Frauen entspricht.

7.5. Familienstand

Aufgrund der Datenlage konnte in dieser Untersuchung nur eine grobe Unterteilung in verheiratet und nicht verheiratet erfolgen. Dabei ergaben sich keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern. 64,1 % der Frauen und 63,2 % der Männer waren zum Zeitpunkt der Frühberentung verheiratet.

Der Vergleich mit anderen Zahlen zum Familienstand gestaltet sich schwierig. Zum einen beziehen sich die Ergebnisse meist auf die ganze Bevölkerung, es sind also auch die Altersgruppen <18 Jahre und >65 Jahre mit einbezogen. In diesen Altersklassen ist der Anteil der nicht Verheirateten deutlich größer (mehr ledige und verwitwete Personen). Ist die Variable Familienstand nach Alter aufgeschlüsselt, kann man oben genannte Altersklassen herausrechnen. Allerdings ist die Altersstruktur der FrührentnerInnen nicht identisch mit der Altersverteilung der Bevölkerung insgesamt. Bei den FrührentnerInnen überwiegen die 50- bis 60-Jährigen (Tab. 41, Statistisches Bundesamt 1998). In Deutschland waren 1996 67,2 % und 1997 67,08 % der Frauen zwischen 20 und 60 Jahren verheiratet, bei den Männern (20-65 Jahre) waren es 63,60 % bzw. 63,34 % (Statistisches Bundesamt). In Thüringen waren nach Angaben des Thüringer Landesamtes für Statistik am 31.12.1997 67,78 % der Frauen und 63,04 % der Männer verheiratet. Die Zahlen entsprechen in etwa den Ergebnissen unserer Auswertung, die Differenz zwischen Frauen und Männern ist etwas größer.

Tab. 41 Prozentuale Verteilung nach Altersklassen und Geschlecht

Alter in Jahren	Frauen		Männer	
	diese Untersuchung	Thüringen gesamt	diese Untersuchung	Thüringen gesamt
20-24	1,4	9,3	1,4	9,3
25-29	3,5	11,1	2,7	11,1
30-34	4,0	13,9	4,7	12,8
35-39	6,4	14,9	6,6	13,4
40-44	10,1	14,2	9,3	12,7
45-49	12,2	12,6	13,4	11,3
50-54	19,5	9,9	21,2	8,5
55-59	43,0	14,2	38,8	11,7
60-64		*	2,0	9,3
Gesamt**	100,1	100,1	100,1	100,1

*Da in dieser Untersuchung nicht besetzt, auch für Thüringen gesamt nicht berechnet.

** Abweichungen zu 100,0 % sind rundungsbedingt

Anm.: Die Unterschiede der Prozentwerte zu Tab. 10 entstehen dadurch, dass in Tab. A13 die Altersklasse der 15-19-Jährigen nicht berücksichtigt wurde.

Zahlen berechnet nach Angaben des Thüringer Landesamtes für Statistik.

Betrachtet man den prozentualen Anteil an Verheirateten für die einzelnen Altersklassen, so zeigen sich doch Unterschiede zwischen FrührentnerInnen und der Gesamtbevölkerung (Tab. 42). Abgesehen von den 20 bis 29-Jährigen (bei denen durch die geringe Fallzahl in der Gruppe der Frühberenteten schon kleine Schwankungen in der Personenzahl große Prozentverschiebungen nach sich ziehen), liegt der Anteil der Verheirateten bei den FrührentnerInnen meist deutlich unter den entsprechenden Zahlen der Gesamtbevölkerung. Der Unterschied ist

in den jüngeren Altersklassen stärker ausgeprägt. Mit Ausnahme der weiblichen 40-44-Jährigen wird der Anteil der Verheirateten mit zunehmendem Alter größer. Diese Altersklassen wiederum sind bei den FrührenterInnen überproportional häufig vertreten. Damit lässt sich erklären, warum insgesamt kein Unterschied zwischen FrührentnerInnen und der Gesamtbevölkerung besteht.

Die Differenz innerhalb der einzelnen Altersklassen könnte eventuell auf eine höhere Scheidungsrate bei den Frühberenteten zurückzuführen sein. Die gesundheitlichen Einschränkungen bedeuten zusätzliche Belastungen für die Ehen, dies gilt sicher in besonderem Maße für jüngere Altersklassen und bei psychiatrischen Erkrankungen. Ebenso könnte die Zahl der Ledigen größer sein, da durch die gesundheitlichen Probleme weniger Ehen geschlossen werden. Da der Datensatz keine sicheren Aussagen darüber zulässt, wie viele der frühberenteten Personen geschieden oder ledig sind, lässt sich nicht feststellen, ob die Scheidungsrate und/oder die Zahl der Ledigen bei FrührentnerInnen tatsächlich höher ist. Dörning et al. (1996) konnten in ihrer Analyse zur Berufs- und Erwerbsunfähigkeit keinen Einfluss der Variablen Familienstand finden. Allerdings wird in der Arbeit nicht dargestellt, ob das Alter dabei berücksichtigt worden ist.

Tab. 42 Anteil der Verheirateten in Prozent nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	Frauen		Männer	
	diese Untersuchung	Thüringen gesamt	diese Untersuchung	Thüringen gesamt
20-24	50,0	12,20	0,00	3,66
25-29	20,0	44,89	26,9	24,51
30-34	52,2	69,93	37,0	51,68
35-39	45,9	77,77	32,8	69,08
40-44	81,0	80,13	48,9	76,44
45-49	68,6	80,71	57,7	80,62
50-54	67,0	79,98	70,9	83,87
55-59	68,4	77,13	80,1	86,18
60-64	*		78,9	87,38
Gesamt	64,1	67,78	63,2	63,04

*Da in dieser Untersuchung nicht besetzt, auch für Thüringen gesamt nicht berechnet.

7.6. Rentenart

BU-Renten und EU-Renten wurden in den meisten Untersuchungen nicht getrennt betrachtet. Häufig war das Ziel, Ursachen der Erwerbsminderung zu erforschen, um daraus Rückschlüsse für geeignete präventive Maßnahmen zu ziehen. Dabei war es von zweitrangiger Bedeutung, ob die Minderung der Erwerbsfähigkeit zur Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit führte. In der aktuellen Gesetzgebung existiert diese Zweiteilung nicht mehr, es wird nur noch zwischen

teilweiser oder voller Erwerbsminderung unterschieden. Die Zahl der BU-Renten hatte immer mehr abgenommen, die EU-Renten hatten im Verhältnis zu den BU-Renten hingegen an Bedeutung gewonnen (Dörning et al. 1996). Diese Entwicklung verdeutlicht auch Tab. A12. Waren 1960 noch ein Drittel aller Rentenzugänge Berufsunfähigkeitsrenten, so waren es 1990 bei den Männern der ArV noch etwa 7 %. Für die ArbeitnehmerInnen der AnV und die Frauen der ArV ist der Anteil noch geringer (Behrend 1994). Nach dem anfänglich starken Rückgang der Berufsunfähigkeitsrenten hatten diese sich in den alten Bundesländern auf einem Niveau von ca. 5-6 % bei den Frauen und 17-18 % bei den Männern eingeepegelt. In den letzten Jahren vor der Reform der Erwerbsminderungsrenten war in den neuen Bundesländern hingegen, besonders bei den Männern, ein Zuwachs an Berufsunfähigkeitsrenten zu verzeichnen. Die Renten wegen Erwerbsunfähigkeit unterlagen einem spiegelbildlichen Wandel. In den statistischen Veröffentlichungen des VDR sind die nach Berufs- und Erwerbsunfähigkeit aufgeschlüsselten Daten leider nicht nach Rententräger aufgegliedert. Somit beziehen sich die Zahlen von Tab. A12 auf die Rentenversicherung insgesamt. Rehfeld (1991) wertete den Rentenzugang des Geburtsjahres 1925 für die ArV und AnV getrennt aus. Dabei ergab sich für Frauen der ArV insgesamt ein Anteil von 5,98 % BU-Renten an allen Erwerbsminderungsrenten, bei weiblichen Angestellten waren es 8,04 %. Bei den Männern der ArV entfielen 16,32 % der Erwerbsminderungsrenten auf die Berufsunfähigkeit, bei den männlichen Angestellten waren es entsprechend 16,09 %. Die Unterschiede zwischen ArV und AnV sind hier recht gering.

Nach der Reform der Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit zum 1.1. 2001 ist die Zahl der Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung (entspricht früherer Berufsunfähigkeit) bei beiden Geschlechtern angestiegen, die Renten wegen voller Erwerbsminderung (vorher Erwerbsunfähigkeit) sind hingegen zurückgegangen. Dies betrifft Frauen deutlich stärker als Männer (Tab. A12).

In dieser Untersuchung ist festgestellt worden, dass Frauen gegenüber Männern signifikant häufiger wegen Erwerbsunfähigkeit, seltener hingegen wegen Berufsunfähigkeit berentet worden sind. Dies lässt sich anhand Tab. 43 und Tab. A12 auch für die Rentenversicherung insgesamt feststellen. Dieser Unterschied ist in den alten Bundesländern wesentlich größer als in den neuen Bundesländern.

Für die hier untersuchten Gebiete ergeben sich 1996 deutlich höhere BU-Rentenanteile, besonders bei den Frauen (Tab. 43). Dieser Unterschied ist für die neuen bzw. alten Bundesländer insgesamt nicht zu erkennen, wobei auch hier die Einschränkung gemacht werden muss, dass diese Zahlen sich auf die RV insgesamt beziehen, unsere Auswertung jedoch nur LVA-

Daten berücksichtigt. Da die Differenz zwischen den neuen Bundesländern und der hier durchgeführten Auswertung für 1997 jedoch sehr viel geringer ist, lässt sich der Unterschied 1996 nicht nur mit eventuellen Besonderheiten zwischen LVA und RV insgesamt für diese Jahrgänge erklären.

Tab. 43 Leistungsart der Rente 1996/1997 nach Geschlecht

	Frauen						Männer					
	Erwerbsminderung*/**						Erwerbsminderung*/**					
	teilweise*/BU			voll**/EU			teilweise*/BU			voll**/EU		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1996	4,75	4,67	9,13	95,16	94,61	90,87	17,47	7,93	15,86	81,14	90,98	84,14
1997	5,03	4,91	4,46	94,89	94,14	95,54	18,30	8,88	12,04	80,27	89,55	87,96

1=alte Bundesländer, RV gesamt; 2=neue Bundesländer, RV gesamt; 3=Gebiete dieser Untersuchung, nur LVA

Bei Betrachtung des Zeitverlaufs der BU-/EU- Renten (Tab. A12) zeigt sich, dass eine so starke Schwankung zwischen zwei aufeinanderfolgenden Jahren wie wir sie hier zwischen 1996 und 1997 vor allem bei den Frauen ermittelt haben, untypisch ist. Der Unterschied lässt sich auch nicht mit dem Wegfall des Anspruches auf Invalidenrenten nach RÜG zum 1.1.1997 und damit möglicherweise verbundenen Verschiebungen zwischen den Rentenarten erklären, denn dann müsste er für alle neuen Bundesländer nachweisbar sein.

7.7. Zeitrente

Ein wesentliches Ergebnis dieser Arbeit ist, dass Frauen signifikant häufiger eine zunächst befristete Rente erhalten. In den vorliegenden Untersuchungen zur Frühberentung wurde das Thema Zeitrente nicht weiter berücksichtigt, so dass nur ein Vergleich mit den Rentenzahlen des VDR für das gesamte Bundesgebiet vorgenommen werden konnte. Betrachtet man diese, so ergibt sich ebenfalls eine höhere Rate an vorerst befristeten Renten für Frauen. So erhielten 1996 22,91 % der Frauen und nur 14,96 % der Männer eine Zeitrente, 1997 waren es 26,27 % bzw. 17,4 %. (Berechnet anhand der VDR Statistik Rentenzugang 1996 bzw. 1997.) Frauen wurden demnach im gesamten Bundesgebiet häufiger zunächst auf Zeit berentet. Eine mögliche Ursache hierfür kann in der unterschiedlichen Diagnosestruktur für Frauen und Männer liegen, da die einzelnen Diagnoseklassen unterschiedlich oft zu einer zeitlich befristeten Rente geführt haben (Tab. 23). So wurde bei Erkrankungen des Bewegungsapparates häufiger als im Durchschnitt eine Rente auf Zeit gewährt. Diese Diagnoseklasse ist bei Frauen deutlich stärker vertreten als bei Männern. Krankheiten des Kreislaufsystems hingegen führten seltener zu einer zeitlich befristeten Rente. Aufgrund dieser Diagnoseklasse wurden wiederum häufiger Männer frühberentet. Diese Unterschiede können durchaus mit dazu geführt haben, dass

Frauen häufiger eine befristete Rente gewährt worden ist. Eine weitere Ursache kann die Verteilung der Rentenarten sein. Frauen haben signifikant seltener eine Berufsunfähigkeitsrente erhalten, häufiger jedoch eine Erwerbsunfähigkeitsrente (s. a. 6.6. und 7.6.) Bei den Renten wegen Berufsunfähigkeit sind nur 4,8 % als Zeitrente gewährt worden (Tab. 24).

7.8. Vorausgegangene Arbeitsunfähigkeit

Aufgrund der vielen fehlenden Daten ist eine Interpretation dieser Variablen nur eingeschränkt möglich. Der große Anteil derer, die im letzten Jahr vor Antragstellung 6 Monate oder mehr arbeitsunfähig waren, bestätigt die Aussage, dass sich lange Arbeitsunfähigkeitszeiten negativ auf ein Verbleiben im Erwerbsleben auswirken (Dörning et al. 1996, IQPR 2004). Allerdings ist anzunehmen, dass sich Versicherte, die so lange arbeitsunfähig waren, großteils in einem recht fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung befinden. Ein Ergebnis dieser Untersuchung ist, dass Frauen vor Berentung signifikant häufiger als Männer 6 Monate und mehr arbeitsunfähig oder nicht erwerbstätig waren. Eine Arbeitsunfähigkeit von unter 3 Monaten trat hingegen öfter bei Männern auf, des weiteren fehlten bei ihnen mehr Angaben. Eine mögliche Ursache kann wiederum in der unterschiedlichen Diagnosestruktur von Frauen und Männern liegen. Es zeigte sich, dass zwischen vorausgegangener Arbeitsunfähigkeit und den Diagnoseklassen Zusammenhänge existieren (Tab. A7). Diese können einige der Unterschiede zwischen Frauen und Männern zumindest teilweise erklären. Eine Arbeitsunfähigkeit von bis zu 3 Monaten trat häufiger bei Männern auf, ebenso bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Aufgrund dieser Diagnoseklasse wiederum wurden mehr Männer frühberentet. Frauen hingegen waren vor Berentung häufiger 6 Monate und mehr arbeitsunfähig, dies trifft auch für Erkrankungen des Bewegungsapparates zu, eine bei den Frauen sehr viel stärker vertretene Diagnoseklasse. Auch aufgrund von Neubildungen berentete Frauen und Männer waren öfter 6 Monate und mehr arbeitsunfähig, auch diese Diagnoseklasse ist bei Frauen –wenn auch nicht viel– häufiger.

7.9. Arbeit vor Antragstellung

Auch hier ist infolge der vielen fehlenden Daten eine Interpretation nur sehr begrenzt möglich. Auffällig ist, dass 39,8 % der Versicherten, von denen Angaben zur Arbeit vor Antragstellung bekannt sind, vor Berentung arbeitslos waren. Dies verdeutlicht wieder die enge Verknüpfung zwischen der Anzahl von Frühberentungen und der Arbeitsmarktsituation (s. a. Kap. 7.10.). Frauen wurden mit 47,7 % signifikant häufiger aus der Arbeitslosigkeit heraus frühberentet als Männer (34,3 %). Die Zahl arbeitsmarktbedingter Frührenten ist bei ihnen

jedoch nur leicht erhöht gegenüber den Männern, es ergibt sich kein signifikanter Unterschied (s. u.). Ein Teil der Besonderheiten zwischen Frauen und Männern hinsichtlich der Arbeit vor Antragstellung ist sicher auf die unterschiedliche Verteilung auf die Berufsklassen zurückzuführen. In Fertigungsberufen wurde deutlich häufiger in Vollzeit und seltener in Teilzeit, mindestens die Hälfte der üblichen Arbeitszeit, gearbeitet. In dieser Berufsklasse waren vor Berentung signifikant mehr Männer tätig. Im Gegensatz dazu waren in der Gruppe der sonstigen Arbeitskräfte, in der Frauen signifikant häufiger vertreten waren, weniger Personen als im Durchschnitt in Ganztagsarbeit tätig. Im Dienstleistungssektor, in dem ebenfalls signifikant mehr Frauen beschäftigt waren, wurde häufiger halbtags, mindestens die Hälfte der üblichen Arbeitszeit, gearbeitet (Tab. A8).

7.10. Arbeitsmarktlage

Auf die Bedeutung des Arbeitsmarktes für die Gewährung einer Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit ist bereits mehrfach hingewiesen worden. So haben Arbeitslose ein höheres Risiko wegen Erwerbsunfähigkeit berentet zu werden als Personen, die einen Arbeitsplatz innehaben (Dörning et al. 1996). Des Weiteren war durch die sogenannte konkrete Betrachtungsweise (s. o.) eine direkte Verbindung zwischen der Situation am Arbeitsmarkt und dem Frühverrentungsgeschehen gegeben. Dabei kam es zu Überschneidungen zwischen Arbeitslosenversicherung und Rentenversicherung. Letztere musste bei arbeitsmarktbedingter Frühberentung für Kosten aufkommen, die eigentlich von der Arbeitslosenversicherung hätten getragen werden müssen. Dies wurde in der Literatur häufig kritisiert (Haneberg 1995, Kamprad 1996). Mit der Rentenreform vom 01.01.2001 wurde die Möglichkeit, Frührenten aufgrund eines verschlossenen Arbeitsmarktes zu gewähren, abgeschafft. Auf die Folgen für die Betroffenen wurde bereits eingegangen. Mit steigender Arbeitslosigkeit war der Anteil arbeitsmarktbedingter Frührenten in den letzten Jahren vor der Rentenreform gestiegen (Tab. A13). Im Jahr 2000 wurden in den alten Bundesländern 29,0 % der Männer der ArV und 31,8 % der Frauen der ArV aufgrund der Arbeitsmarktlage frühberentet, in den neuen Bundesländern waren es 33,8 % bzw. 36,3 %. Somit waren ca. 1/3 der Frührenten arbeitsmarktbedingt.

Vergleicht man die Daten dieser Untersuchung mit den Daten des VDR für die Jahre 1996 und 1997 (siehe Tab. 44) so lassen sich einige Unterschiede feststellen. (Zur besseren Vergleichbarkeit sind dabei die Jahre 1996 und 1997 getrennt berücksichtigt worden.)

Generell lässt sich sagen, dass in den neuen Bundesländern deutlich mehr arbeitsmarktabhängige Renten gewährt worden sind, wobei der Unterschied 1996 größer war.

Dies dürfte sicher an der schlechteren konjunkturellen Lage in den neuen Bundesländern liegen. Der Unterschied ist bei den Frauen erheblich größer als bei den Männern (~15 % bzw. ~10 % gegenüber ~ 5 % bzw. ~6 %).

In den hier untersuchten Städten und Landkreisen sind weniger Menschen aufgrund der Arbeitsmarktlage frühberentet worden als es in ganz Thüringen der Fall war. Auch dabei ist der Unterschied 1996 deutlich größer. Im Vergleich mit allen neuen Bundesländern ergibt sich ein etwas anderes Bild. Während Frauen in den hier untersuchten Gebieten 1996 doch deutlich seltener als im ostdeutschen Durchschnitt frühberentet worden sind, sind die Zahlen für Männer 1996 fast identisch. 1997 hingegen wurden in den hier analysierten Gebieten knapp 4 % mehr Frauen und 10 % mehr Männer aufgrund der Arbeitsmarktsituation frühverrentet. Dies zeigt, wie sehr die Zahlen innerhalb von zwei Jahren schwanken können. Es ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Jahren. Eine mögliche Erklärung könnte die 1997 um ca. 3 % höhere Arbeitslosenquote in allen hier untersuchten Gebieten sein. Jedoch ergibt sich auch für ganz Thüringen 1997 eine höhere Arbeitslosenquote, der Anteil arbeitsmarktbedingter Renten ist bei den Frauen in Thüringen 1997 jedoch niedriger als 1996.

Tab. 44 Rente in Abhängigkeit vom Arbeitsmarkt nach Geschlecht, nur ArV

	FRAUEN	MÄNNER
1996		
diese Untersuchung	36,3	34,0
Thüringen	54,8	44,3
neue Bundesländer	45,2	32,1
alte Bundesländer	30,0	27,5
Deutschland	33,7	27,8
1997		
diese Untersuchung	44,6	43,0
Thüringen	50,0	45,3
neue Bundesländer	40,1	33,0
alte Bundesländer	30,8	27,4
Deutschland	33,5	28,1

Zahlen nach Angaben des VDR bzw. berechnet anhand der VDR Statistiken Rentenzugang 1996 und 1997

Zwischen den vier hier untersuchten Gebieten ergibt sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Zahl arbeitsmarktbedingter Renten, so dass die unterschiedlichen Werte dieser Arbeit und für Thüringen gesamt nicht auf einzelne Städte oder Landkreise zurückzuführen sind. Die Differenz ist auch nicht mit den Arbeitslosenquoten zu erklären. Hierbei entsprechen die Gebiete in etwa dem Thüringer Durchschnitt (1996/1997 Thüringen 16,7 % /19,1 %; Gera-Stadt 17,7 % /20,7 %; Jena-Stadt 14,9 % /17,7 % ; Landkreis Saalfeld-Rudolstadt

17,7 %/20,1 %; Saale-Orla-Kreis 14,8 % /19,1 %; Zahlen sind der Internet-Seite des Thüringer Landesamt für Statistik, www.tls.thueringen.de, entnommen).

Des weiteren lässt sich feststellen, dass in Thüringen und auch im gesamten Gebiet der neuen Bundesländer Frauen deutlich häufiger als Männer aufgrund der Arbeitsmarktsituation frühberentet wurden, wobei auch hier die Differenz 1996 größer ist. Der geringe Unterschied zwischen Frauen und Männern, wie er in dieser Untersuchung gefunden worden ist, entspricht eher dem Unterschied in den alten Bundesländern, wo es keine allzu große Differenz zwischen Frauen und Männern gibt. Der größere Unterschied zwischen Frauen und Männern für den Osten Deutschlands könnte auf die dort höhere Erwerbsquote der Frauen zurückzuführen sein. Bei hoher Erwerbsbeteiligung ist die Situation am Arbeitsmarkt für Frauen mit Leistungseinschränkungen natürlich schlechter und somit der Arbeitsmarkt eventuell öfter als verschlossen anzusehen. Allerdings schwanken die Zahlen zwischen 1996 und 1997 erheblich (1997 ist der Unterschied zwischen neuem und altem Bundesgebiet geringer).

7.11. Rehabilitationsmaßnahmen

Nach den Ergebnissen dieser Untersuchung haben weniger als die Hälfte der frühberenteten Personen vor Berentung an Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation teilgenommen. Das gilt auch, wenn man dabei außer acht lässt, ob die Rehabilitationsmaßnahme aufgrund der zur Berentung führenden Diagnose stattgefunden hat oder nicht. Wie schon erwähnt, ist es häufig schwierig aufgrund der eventuell vorhandenen Multimorbidität zu entscheiden, welches die Hauptdiagnose ist, die zur Bewilligung der Rehabilitationsmaßnahme oder zur Berentung geführt hat. Gezielte Berufsförderung ist nur bei einem verschwindend geringen Anteil der berenteten Personen erfolgt. Eine bessere Ausrichtung der Rehabilitationsmaßnahmen auf das Ziel der beruflichen Wiedereingliederung hin, z. B. durch Zusammenarbeit von BetriebsärztInnen und Reha-Kliniken, wird von einigen Autoren gefordert (Fraise und Seidel 1993, Petermann et al. 1993, Schliehe 1997, IQPR 2004).

Frauen haben etwas häufiger als Männer an Maßnahmen zur Rehabilitation teilgenommen. Dies steht im Gegensatz zu den Ergebnissen in der Literatur. Danach ist sowohl in der Arbeiterrentenversicherung als auch in der Angestelltenrentenversicherung der Frauenanteil bei den ohne Rehabilitationsmaßnahmen Berenteten höher (Müller-Farnow und Klosterhuis 1990, Schuntermann et al.1990, Härtel 1999). Da sich o. g. Auswertungen jedoch nicht ausschließlich auf das neue Bundesgebiet beziehen, sind sie aufgrund der grundsätzlich verschiedenen Erwerbstätigkeit von Frauen in alten und neuen Bundesländern nicht mit den Ergebnissen dieser Arbeit unmittelbar vergleichbar.

Betrachtet man nun die Tatsache, dass nur 40,3 % der Männer und auch nur 47,4 % der Frauen vor Rentenbeginn an Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation teilgenommen haben, stellt sich die Frage, inwieweit der Satz „Reha vor Rente“ verwirklicht ist. Auch in der Literatur wird die niedrige Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen immer wieder erwähnt und kritisiert (z. B. Fliedner und Gerdes 1988, VDR 1988, Barth et al. 1989, Hansmeier et al. 1997, Potthoff et al 1997, Seiter 1999, IQPR 2004). Natürlich muss man dabei beachten, dass hier nur die Fälle, die berentet worden sind und damit schon in einem fortgeschrittenen Stadium der Krankheit waren, berücksichtigt worden sind. Wie viele Personen Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation erhalten haben und bei denen damit eine Frühberentung verhindert oder aber zumindest hinausgezögert worden ist, ist anhand der hier untersuchten Daten nicht zu erfassen. Auch in der Literatur wird darauf hingewiesen, dass man allein anhand der Reha-Inanspruchnahmerate der FrührentnerInnen nicht sagen kann, inwieweit tatsächlich rehabilitationsbedürftige Personen einer solchen Maßnahme zugeführt werden (VDR 1988, Schuntermann 1992).

Nach Schuntermann werden Rehabilitationsmaßnahmen bei verschiedenen Diagnoseklassen unterschiedlich häufig in Anspruch genommen. Nach seinen Zahlen ist die Rate bei psychiatrischen Erkrankungen (keine Rehabilitationsmaßnahme: Frauen 63,4 %; Männer 66,4 %) und Neubildungen (keine Rehabilitationsmaßnahme: Frauen 61,7 %, Männer 64,9 %) besonders niedrig. Frauen haben bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu 59,1 % nicht an einer Maßnahme zur Rehabilitation teilgenommen, bei den Männern sind es „nur“ 47,6 %. Etwas besser sieht es bei den Erkrankungen des Bewegungsapparates aus, hier sind 48,8 % der Frauen und 46,8 % der Männer berentet worden, ohne zuvor an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen zu haben (Schuntermann 1988). In dieser Untersuchung ergeben sich noch deutlichere Unterschiede zwischen den Diagnoseklassen. So haben bei den Frauen 79 % und bei den Männern 77,5 % der aufgrund psychiatrischer Störungen berenteten Personen zuvor keine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt. Rechnet man dabei die Oligophrenien heraus, sieht die Bilanz auch nicht viel positiver aus (73,4 % bzw. 73,2 %). Die hier ermittelten Zahlen für Erkrankungen des Kreislaufsystems sind denen von Schuntermann sehr ähnlich (keine Rehabilitationsmaßnahme Frauen 59,1 %, Männer 53,3 %). Für Neubildungen ergibt sich sowohl bei den Frauen mit 31,8 % als auch bei den Männern mit 49,2 % eine doch deutlich niedrigere Nicht-Inanspruchnahmerate. Das gleiche gilt für Erkrankungen des Bewegungsapparates (keine Rehabilitationsmaßnahme Frauen 38,7 %, Männer 40,9 %). In o. g. Untersuchung kommt Schuntermann des weiteren zu dem Ergebnis, dass für psychiatrische Erkrankungen gilt, dass bei positiver Rehabilitationsanamnese die Berentung später eintritt. Er macht aller-

dings die Einschränkung, dass nicht abschließend zu klären ist, ob dies tatsächlich einem positivem Rehabilitationseffekt zuzuschreiben ist oder ob es sich dabei um einen Selektionseffekt handelt. In einer Untersuchung von 1998 kommen Zielke und Dehmlow (1998) zu dem Ergebnis „...frühzeitige verhaltenstherapeutische Maßnahmen führen bei psychosomatischen Erkrankungen zu einer wesentlichen und anhaltenden Verbesserung des Gesundheitszustandes“ (Zielke und Dehmlow 1998). Es stellt sich also die Frage, ob nicht gerade für psychiatrische Erkrankungen durch eine höhere Reha-Inanspruchnahmerate die Zahl der Frühberenteten zu senken oder aber zumindest deren Berentungszeitpunkt hinauszuzögern ist. Gerade für diese Diagnoseklasse schätzen jedoch die behandelnden ÄrztInnen, VertrauensärztInnen und Reha-BeraterInnen den Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme niedrig ein (Barth et al. 1989). Ein Problem bei der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen besteht darin, dass der Antrag für solche Maßnahmen von den Erkrankten selbst zu stellen ist. Besonders bei psychiatrischen Erkrankungen kann bei (anfangs) vielleicht fehlender Krankheitseinsicht eine solche Maßnahme eventuell zu spät oder gar nicht in Anspruch genommen werden. Dies verdeutlicht, wie wichtig es ist, dass alle behandelnden Ärztinnen und Ärzte Betroffene zur Antragstellung motivieren (Barth et al. 1991). Demgegenüber steht das Problem, dass viele niedergelassene ÄrztInnen nicht vom wirklichen Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen überzeugt sind (Petermann et al. 1994, Vogel et al. 1997). Eine bessere Zusammenarbeit zwischen den Rehabilitationseinrichtungen und behandelnden HausärztInnen ist also in zweifacher Hinsicht anzustreben. Zum einen könnte man den PatientInnen besser helfen, begonnene Behandlungen, Änderungen der Lebensweise u. ä. fortzuführen und damit den Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen zu stabilisieren. Zum anderen werden Ärztinnen und Ärzte, die vom Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen überzeugt sind, solche ihren PatientInnen sicher öfter empfehlen. Dass den niedergelassenen ÄrztInnen bei der Verbesserung der Reha-Inanspruchnahmerate eine Schlüsselrolle zukommt, wird in der Literatur immer wieder erwähnt (Petermann et al. 1993, Vogel et al. 1997). Aber auch in der Öffentlichkeit ist das Ansehen von Reha-Maßnahmen verbesserungsfähig, da Maßnahmen zur Rehabilitation teilweise als Urlaub auf Kosten der Allgemeinheit angesehen werden (Seiter 2000).

Henkel (1986) hat sich in seiner Arbeit gezielt mit dem Thema Rehabilitation und Alkoholabhängigkeit befasst. Er kommt zu dem Schluss, dass alkoholkranken und gleichzeitig arbeitslosen Menschen der Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen oft verwehrt wird, da eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben aussichtslos erscheint. Demgegenüber steht das Ergebnis, dass bei Sucht-Rehabilitation die Zahl derer, die fünf Jahre nach Rehabilitation weiterhin im Erwerbsleben stehen, am höchsten ist (Müller-Farnow et al. 1989). In dieser Arbeit ent-

spricht jedoch der Anteil derer, die aufgrund von Alkoholabhängigkeit und ohne vorherige Rehabilitationsmaßnahme frühberentet worden sind, mit 76,9 % in etwa dem Durchschnitt für alle psychiatrischen Erkrankungen. Allerdings sind besonders viele Personen, die aufgrund der Diagnose Alkoholabhängigkeit frühverrentet wurden, unmittelbar vor Berentung arbeitslos gewesen. Während im Schnitt nur 32,3 % aus der Arbeitslosigkeit heraus frühverrentet wurden, sind es bei der Diagnose Alkoholabhängigkeit 56,5 %. Nicht geklärt werden kann, ob die Alkoholabhängigkeit gehäuft zur Arbeitslosigkeit oder die Arbeitslosigkeit zur Alkoholkrankheit geführt hat.

Ein grundsätzliches Problem für die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen liegt in der Angst vieler, bei längerem Ausfall durch Rehabilitationsmaßnahmen den Arbeitsplatz zu verlieren, gerade in Zeiten anhaltend hoher Arbeitslosenzahlen. So ging die beginnende Verschlechterung des Arbeitsmarktes Anfang der 80iger Jahre mit einem Rückgang der Anträge auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen einher (Kulpe 1983). Dies gilt in besonderem Maße für Menschen mit Alkoholproblemen, da dadurch eben diese bekannt werden können (Henkel 1986).

7.12. Beruf

Wie bereits erwähnt, kann eine detaillierte Auswertung des Zusammenhangs zwischen Beruf und Minderung der Erwerbsfähigkeit nicht erfolgen, da weder die gesamte Berufslaufbahn der Versicherten erfasst ist, noch die einzelnen Berufe hinreichend in bezug auf die genaue Tätigkeit mit Belastungsprofilen u. ä. bekannt sind. Dies gilt ebenso für die VDR Statistiken allgemein, auch hier fehlen konkretere und ausführlichere Angaben (Pallenberg und Müller-Farnow 1994). Um mögliche Zusammenhänge zwischen der beruflichen Tätigkeit und Berufs- und Erwerbsunfähigkeit aufzeigen zu können, wären genaue Angaben zur Tätigkeit der Versicherten notwendig, beispielweise wie stark die muskuläre Beanspruchung war, in welchen Körperhaltungen die Tätigkeit vorwiegend ausgeübt worden ist, was für psychische Belastungen vorhanden waren, u. ä.. In Statistiken, wie sie z. B. in den Jahrbüchern des VDR von allen Versicherten veröffentlicht werden, ist eine solch ausführliche Berufsanamnese nicht möglich. Zu Zusammenhängen zwischen Beruf und Erwerbsminderung gibt es vereinzelte Studien. So kommen z. B. eine finnische und eine schwedische Studie zu dem Schluss, dass Bauarbeiter öfter Bandscheibenvorfälle erleiden und häufiger frühberentet werden als Personen, deren Beruf körperlich nicht so anstrengend ist (Rothenbacher et al. 1997). Eine weitere Studie belegte den Zusammenhang zwischen z. B. schwerer Arbeit, Arbeit in unbequemen Haltungen, aber auch Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen und häufiger vor-

zeitiger Frühberentung (Huber 2000). Rothenbacher et al. (1997) haben gleichfalls eine Studie zum Zusammenhang zwischen Beruf und BU/EU durchgeführt. Dabei konnte nur für die Berufsgruppe der Maurer ein signifikant erhöhtes Risiko für Rückenbeschwerden ermittelt werden. Aber auch dabei wurde die Einschränkung gemacht, dass in der Untersuchung nur „Berufstitel“ und keine konkreteren Tätigkeitsangaben untersucht worden sind. Außerdem kann ein statistischer Zusammenhang zwischen Frühberentung und Beruf natürlich auch dadurch entstehen, dass bereits mit der Berufswahl bestimmte Dispositionen verbunden sind und dadurch die Korrelation verursacht wird. In dieser Untersuchung wurde kein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad des Berufes und bestimmten Diagnoseklassen ermittelt. Es wurden deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit der einzelnen Berufsklassen gefunden. Dies war zu erwarten, da auch in der Gesamtbevölkerung geschlechtsspezifische Unterschiede in der Häufigkeit einzelner Berufe existieren.

8. Schlussfolgerungen

Vor dem Hintergrund der Überalterung unserer Gesellschaft durch stark gesunkene Geburtenraten und steigende Lebenserwartung wird es für das soziale Sicherungssystem immer wichtiger, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Menschen bis ins höhere Alter zu erhalten. Die Erwerbsquote älterer ArbeitnehmerInnen ist in Deutschland derzeit jedoch sehr niedrig (s. o.). Daher ist eine wesentliche Aufgabe, der Tendenz zum vorzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben entgegenzuwirken, vor allem auch aus finanziellen Gründen. Gerade im Hinblick auf die prozentuale Zunahme älterer Mitmenschen an der Bevölkerung wurden am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin in den letzten Jahren Territorialstudien für Thüringen zur Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit durchgeführt, hier schließt sich die Analyse der Berufs- und Erwerbsunfähigkeit an. Im Vordergrund steht dabei die geschlechtsspezifische Auswertung. Für Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit wurden deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern bereits festgestellt. In dieser Studie zeigte sich, dass auch hinsichtlich der Frühberentung geschlechtsspezifische Differenzen existieren, allerdings sind diese nicht in allen Punkten so deutlich, wie vorher erwartet worden war. Dies betrifft z. B. das mittlere Alter bei Berentung. Ebenso sind die vier häufigsten Diagnoseklassen für Frauen und Männer die selben, die Reihenfolge ihrer Häufigkeit variiert jedoch. Unterschiede gibt es hinsichtlich der Frühberentungsinzidenzen, der Berentung aus der Arbeitslosigkeit heraus, der Rentenart, der Befristung der Renten sowie der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen. Frauen waren vor Berentung signifikant häufiger arbeitslos, der Anteil arbeitsmarktbedingter Renten ist jedoch genauso groß wie bei den Männern. Somit ist bei vielen vor Berentung arbeitslosen Frauen allein die gesundheitliche Einschränkung ausreichend für die Rentengewährung gewesen. Frauen erhielten öfter eine Erwerbsunfähigkeitsrente, seltener eine Berufsunfähigkeitsrente, des weiteren wurde Frauen häufiger eine zunächst zeitlich befristete Rente gewährt. Hier zeigt sich die Verknüpfung der Variablen untereinander, da Zeitrenten seltener bei Berufsunfähigkeit gewährt wurden, außerdem waren die Renten bei den verschiedenen Diagnoseklassen unterschiedlich häufig zunächst zeitlich befristet. Allein durch diese Zusammenhänge werden Unterschiede zwischen Frauen und Männern hervorgerufen, es wird jedoch vermutet, dass neben diesen Kreuzkorrelationen rein geschlechtsspezifische Besonderheiten existieren. Dies kann allerdings nicht mit letzter Sicherheit geklärt werden. Wie in anderen Analysen wurde auch hier festgestellt, dass die Zahl der FrührentnerInnen, die vor Berentung an einer medizinischen und/oder beruflichen Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben, erschreckend niedrig ist. Es stellt sich die Frage, ob durch häufigere und vor allem rechtzeitigere Zuweisung zu Rehabilitationsmaß-

nahmen eine Herauszögerung der Frühberentung erreicht werden könnte. Dabei sollte insbesondere die berufliche Wiedereingliederung stärker berücksichtigt werden. Der Anteil derer, die vor Berentung an Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation teilgenommen haben, ist bei psychiatrischen Erkrankungen besonders niedrig. Der Erfolg scheint hier von vornherein als gering eingeschätzt zu werden, dies steht jedoch im Widerspruch zu anderen Ergebnissen (s. o.). Auffallend ist der große Anteil aufgrund von Alkoholkrankheit berenteter Männer. Hier scheint es erforderlich, das Alkoholproblem mehr ins öffentliche Bewusstsein zu bringen. Des Weiteren ist bei der Alkoholkrankheit eine frühzeitige Zuweisung zu geeigneten therapeutischen Maßnahmen sowie Unterstützung der Betroffenen bei der Suchtbewältigung durch z. B. Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen, aber auch durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie Kolleginnen und Kollegen besonders wichtig. Bei den Frauen sind Erkrankungen des Bewegungsapparates die häufigste Diagnoseklasse, es überwiegen abnutzungsbedingte Erkrankungen. Auch diese sind nicht von vorn herein unvermeidbar, sondern können durch gezielte Gesundheitsschulungen über gesunde Lebensweisen (mehr Bewegung, ausgewogene Ernährung, kein Übergewicht usw.), aber auch durch das Schaffen möglichst optimaler Arbeitsbedingungen positiv beeinflusst werden. Die Abnahme der Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den letzten Jahren ist sicherlich durch einen nicht unerheblichen Teil dadurch bedingt, dass die Risikofaktoren dafür verstärkt ins Bewusstsein gerufen worden sind. Bei den auf Rang drei stehenden bösartigen Neubildungen der Frauen überwiegen die der Harn- und Geschlechtsorgane sowie der Brustdrüse. Es ist anzustreben, die Inanspruchnahmerate der Krebsvorsorgen zu verbessern.

Für sichere Aussagen zur familiären Situation der FrührentnerInnen und deren Einfluss auf die Frühberentung müssten differenziertere Angaben zu Kinderzahl und Familienstand vorhanden sein. Dies gilt ebenso für die Beurteilung der Zusammenhänge zwischen Beruf und Frühberentung, hier sollten Angaben zur gesamten beruflichen Laufbahn und genaue Tätigkeitsangaben –nicht nur Berufstitel– bekannt sein.

Unterschiede zwischen Stadt und Land wurden nur am Rande untersucht. Um tatsächliche regionale Differenzen zu erfassen, wäre ein Vergleich von mehreren Städten und Landkreisen wünschenswert.

Betrachtet man die Ergebnisse dieser Arbeit, so zeigt sich, dass das präventive Potential zur Verminderung bzw. Vermeidung von Frühberentung noch nicht ausgeschöpft ist. Um dieses auszubauen und zu verbessern, ist weiterhin eine intensive Forschungsarbeit, vor allem auch unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten, nötig.

Literaturverzeichnis

- Badura B. 1997. Gesundheitsförderung - Wege aus der Krise. In: Hazard B, Hrsg. Humanökologische Perspektiven in der Gesundheitsförderung. Westdeutscher Verlag, 89-102.
- Bäcker G, Naegele G. 1996. Altersteilzeit statt Frühverrentung: Gelingt der Durchbruch zu einem flexiblen und späteren Austritt aus dem Berufsleben?. Gerontol Geriatr, 29(5):348-51.
- Bangel B. 1993. Geographie der Altersgrenzen - Frühverrentung im regionalen Strukturwandel. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Abt.: Arbeitsmarktpolitik und Beschäftigung, Hrsg.
- Barth M, Koch U, Hoffmann-Markwald W, Wittmann W. 1989. Die Inanspruchnahme medizinischer Maßnahmen zur Rehabilitation - Die Sichtweise der Experten. Deutsche Rentenversicherung, 8-9/89:514-529.
- Barth M, Koch U, Hoffmann-Markwald A, Wittmann WW. 1991. Das Antragsverhalten hinsichtlich medizinischer Maßnahmen zur Rehabilitation (Teil II) - Die Sicht der Versicherten. Deutsche Rentenversicherung, 2-3/91:120-140.
- Barth M. 1994. Gründe für die Nichtinanspruchnahme medizinischer Maßnahmen zur Rehabilitation und mögliche Auswirkungen auf eine vorzeitige Berentung. In: Behrend C, Hrsg. Frühinvalidität- ein „Ventil“ des Arbeitsmarkts?. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, 155-166.
- Bartholomeyczik S, Tiemann K. 1983. Belastungsstrukturen und Krankheit bei Frauen. Medizin Mensch Gesellschaft, 8(4):255-261.
- Behrend C. 1994. Frühinvalidisierung und Soziale Sicherung - sind die Maschen dicht genug?. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge, 94.09:338 – 341.
- Behrend C. 1994. Frühinvalidität in der Bundesrepublik Deutschland- ein Problemüberblick. In: Behrend C, Hrsg. Frühinvalidität- ein „Ventil“ des Arbeitsmarkts ?. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, 3-18.
- Biefang S, Gerdes N, Hoeltz J. 1989. Prädiktoren der Frühberentung und gezielte Zuweisung zur medizinischen Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung, 8-9/89:502-513.
- Biefang S, Potthoff P, Hoffmeister H, Buschmann-Steinhage R. 1994. "Prädiktoren des Rehabilitations- und Berentungsgeschehens" Ziele und vorläufige Ergebnisse einer Längsschnittstudie. Deutsche Rentenversicherung, 11/94:765-780.
- Biefang S, Potthoff P, Bellach B, Ziese T, Buschmann-Steinhage R. 1996. Prädiktoren des Rehabilitations- und Berentungsgeschehens Ergebnisse einer Längsschnittstudie. Deutsche Rentenversicherung, 1-2/96:84-108.

Bödeker RH. 1993. Einführung in die medizinische Statistik. Gießen: Verlag der Ferber'schen Universitätsbuchhandlung.

Böhm B, Scheidig C, Stadler M. 1996. Erwerbsunfähigkeit, Schwerbehinderung und Schwerpflegebedürftigkeit in Thüringen im demographischen Wandel. Gesundheitswesen, 58:82-84.

Bühl A, Zöfel P. 2000. SPSS Version 9 Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. Sechste Auflage. Addison Wesley Verlag.

Büttner R. 2005. Die Wirkungsweise der Rentenreformen auf den Altersübergang. Altersübergangsreport 2005-01.

Bundesminister für Gesundheit, Hrsg. 1997. Daten des Gesundheitswesen. Ausgabe 1997. Baden- Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Christeiner S, Hörmann G. 1993. Frauen zwischen Gesundheit und Krankheit. Ausgewählte Befunde einer empirischen Erhebung zu Laienkonzepten. Universität Bamberg. In: Tarnai C, Hrsg. Beiträge zur empirischen pädagogischen Forschung. Münster: Waxmann, 33-44.

Dörning H, Haase I, Hofmann W, Schwartz FW. 1996. Das Risiko auf Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsberentung. Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin, 31(12):518-523.

Doubrawa R. 1990. Rente bei Neurose - "Rentenneurose"?. Psychomed, 2 (1): 30-36.

Doyal L. 2004. Sex und Gender: Fünf Herausforderungen für Epidemiologinnen und Epidemiologen. Gesundheitswesen 66:153-157.

Faßmann H, Kentner M, Passenberger J, Wasilewski R. 1985. Frühinvalidisierung- ein multifaktorielles Geschehen. Zusammenfassender Bericht über eine sozialepidemiologische Untersuchung möglicher Ursachen der Frühberentung in Baden-Württemberg. Öffentliches Gesundheitswesen, 47(11):546-50.

Felder H, Brähler E. 1992. Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. In: Felder H, Brähler E, Hrsg. Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Opladen: Westdeutscher Verlag, 9-32.

Fliedner TM, Gerdes N. 1988. Wissenschaftliche Grundlagen der Rehabilitation bei chronischen Krankheiten. Deutsche Rentenversicherung, 4-5/88:227-237.

Fraisse E, Seidel HJ. 1993 Rehabilitation vor Rente aus Sicht des Betriebsarztes. Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, 28 (2):47-53.

Frank R. 2003. Geschlechtsspezifische Entwicklungen Wie groß ist der „kleine Unterschiede“?. Monatsschrift Kinderheilkunde, 151(6):583-585.

Hackler H. 1986. Suchtprobleme am Arbeitsplatz-Regionale Zusammenarbeit-. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Hrsg. Band 28 der Schriftreihe zum Problem der Suchtgefahren. Hamm: Hoheneck Verlag GmbH, 252-256.

Härtel U. 1999. Geschlechtsspezifische Prädiktoren der Inanspruchnahme kardiologischer Rehabilitation aus epidemiologischer Sicht. *Rehabilitation* 38 (2):142-147.

Haneberg E. 1995. Aktueller gesetzgeberischer Handlungsbedarf bei den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. *Deutsche Rentenversicherung*, 5-6/95:327-338.

Hansmeier T, Müller-Fahrnow W, Klosterhuis H, Spyra K. 1997. Kosten- Nutzen- Bewertung der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung (RV) und die Auswirkungen des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 30(6):450-5.

Heide von der D, Stahl H, Wollschläger F. 1998. IN: VDR, Hrsg. *Deutsche Rentenversicherung*, 1-2/98:10-47.

Henkel D. 1986. Arbeitslosigkeit und Alkoholismus: Empirische Ergebnisse zu Problemen der Rehabilitation. In: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren*, Hrsg. Sinnfrage und Suchtprobleme. Band 28 der Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren. Hamm: Hoheneck Verlag GmbH, 235-251.

Hessel A, Geyer M, Plöttner G, Schmidt B, Brähler E. 1999. Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit und subjektive Morbidität in Deutschland. Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49(8): 264-274

Herold G, Hrsg. 2004. *Innere Medizin*. Köln.

Hollstein W. 1992. Männlichkeit und Gesundheit. In: Felder H, Brähler E, Hrsg. *Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 64-75.

Huber M. 2000. Aspekte der Berufsunfähigkeit bei psychosomatischen Erkrankungen. *Versicherungsmedizin*, 52(2):66-75.

IQPR Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (GmbH) an der Deutschen Sporthochschule Köln, Hrsg. 2004. *PRVE- Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung*. Projektbericht.

Kamprad P. 1996. Ärztliche Begutachtung und Berufskunde - aus Sicht der Verwaltung. *Medizinische Sachverständige*, 92 (3):85-88.

Karmaus W. 1994. Die Bedeutung der Krankheiten des rheumatischen Formenkreises für die Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsberentung. In: Behrend C, Hrsg. *Frühinvalidität- ein „Ventil“ des Arbeitsmarkts ?*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, 95-104.

König H. 1997. Zu einer Reform der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten Am Scheideweg zwischen Zeitgeist und Zukunftssicherung. *Deutsche Rentenversicherung*, 3-4/97:177-204.

Kolip P. 2001. Von der Frauen- zur gendersensiblen Gesundheitsforschung. *Sozial- und Präventivmedizin* 46(4): 219-220

Kruse E. 1998. Auswirkungen der Rentenreform 1999 auf die Höhe der Erwerbsminderungsrenten. Deutsche Rentenversicherung, 1-2/98:48-70.

Kulpe W. 1983. Zielsetzung und Grundsätze der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung. Öffentliches Gesundheitswesen, 45(6):276-80.

Lange C, Lampert T. 2004. Perspektiven einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung. Gesundheitswesen, 66:158-164.

Löffler HE, Müller-Farnow W, Schuntermann MF, Dinkloh HG et al. 1988. Die Rehabilitations-Verlaufsstatistik- Ergebnisse eines Forschungsprojektes zur Epidemiologie in der medizinischen Rehabilitation - Teil I: „Die Reha-Wiederholungsquote“. Deutsche Rentenversicherung, 12/88:696-733.

Maschewsky-Schneider U, Sonntag U, Klesse R. 1992. Das Frauenbild in der Prävention-Psychologisierung der weiblichen Gesundheit?.

Menrad W. 1994. Zukunftsaussichten der Rentenversicherung und der sozialen Sicherheit in der EG. Deutsche Rentenversicherung, 1/94:1-7.

Merbach M, Klaiberg A, Brähler E. 2001. Männer und Gesundheit - neue epidemiologische Daten aus Deutschland im Überblick. Sozial- und Präventivmedizin.

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg. 2003. Zwei Geschlechter- zwei Gesundheit? In: Bericht zur Gesundheit von Männern und Frauen im Land Brandenburg, Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr.2:34-36, 56-64

Moellhoff G. 1988. Die gesetzliche Rentenversicherung - Situation und Prognose bis 2030- In: Zielke M, Sturm J, Mark N, Hrsg. Die Entzauberung des Zauberbergs. Therapeutische Strategie und soziale Wirklichkeit. Rahmenbedingungen der therapeutischen Arbeit und deren Bedeutung für die klinische Praxis. Dortmund: Modernes Lernen, 69-91.

Müller-Farnow W, Löffler HE, Schuntermann MF, Klosterhuis H et al.. 1989. Die Rehabilitations-Verlaufsstatistik- Ergebnisse eines Forschungsprojektes zur Epidemiologie in der medizinischen Rehabilitation- Teil II : „Die Sozialmedizinische Prognose“. Deutsche Rentenversicherung, 3/89:170-208.

Müller-Farnow W, Klosterhuis H. 1990. Die Bluthochdruckstudie der Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung, 2/ 90:124-134.

Müller-Farnow W, Klosterhuis H. 1994. Beendigung des Erwerbslebens bei pflichtversicherten Angestellten- neue sozialepidemiologische Ergebnisse aus der Reha-Verlaufsstatistik. In: Behrend C, Hrsg. Frühinvalidität- ein „Ventil“ des Arbeitsmarkts ?. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, 49-76.

Pallenberg C, Müller-Farnow W. 1994. Beruf- und geschlechtstypische Verläufe im 10-Jahreszeitraum vor Frühberentung- Ergebnisse aus einer Stichprobenuntersuchung an Frührentnern der Angestelltenversicherung. In: Behrend C, Hrsg. Frühinvalidität- ein „Ventil“ des Arbeitsmarkts ?. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, 77-94.

Petermann F, Pöschke A, Seger W, Vogel H. 1993. Zugang zur medizinischen Rehabilitation. Prävention und Rehabilitation, 5(3):129-136.

Petermann F, Pöschke A, Seger W, Vogel H, Deuchert M. 1994. Verbesserung des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation. Prävention und Rehabilitation, 6(2): 47-55.

Potthoff P, Biefang S, Bellach B, Buschmann-Steinhage R. 1997. Ein "Index der Rehabilitationsbedürftigkeit" für ein Screening rentenversicherter Arbeitnehmer. Gesundheitswesen, 59 (6):362-371.

Rehfeld U. 1991. Das Rentenzugangsgeschehen im Zeitablauf. Deutsche Rentenversicherung, 10-11/91:682-701.

Rehfeld U. 1994. Zur quantitativen Entwicklung des Frühberentungsgeschehens in der Bundesrepublik Deutschland. In: Behrend C, Hrsg. Frühinvalidität- ein „Ventil“ des Arbeitsmarkts ?. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, 19-48.

Roloff J. 1996. Alternde Gesellschaft in Deutschland. Aus Politik und Zeitgeschichte B35:3-11.

Rosenow J. 1994. Soziale Regulierungen des Erwerbsunfähigkeitsrentenzugangs durch betriebliche Akteure: Akteursinteressen und Steuerungsmechanismen. In: Behrend C, Hrsg. Frühinvalidität- ein „Ventil“ des Arbeitsmarkts ?. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, 137-154.

Rothenbacher D, Brenner H, Arndt V, Fraisse E, Zschenderlein B, Fliedner TM. 1997. Disorders of the Back and Spine in Construction Workers-Prevalence and Prognostic Value for Disability. SPINE, 22(13):1481-1486.

Rüth W. 1976. Ursachen vorzeitiger Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. In: Kommission für wirtschaftlichen und sozialen Wandel, Hrsg. Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V. .

Russig H. 1994. Probleme sozialrichterlicher Leistungsbeurteilung bei der Entscheidung über Renten wegen Erwerbsminderung- unter besonderer Berücksichtigung der Arbeitsmarktlage älterer Arbeitsloser. In: Behrend C, Hrsg. Frühinvalidität- ein „Ventil“ des Arbeitsmarkts?. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, 251-276.

Schliehe F. 1997. Rehabilitation unter ökonomischen Gesichtspunkten aus der Sicht der gesetzlichen Rentenversicherung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 30(6):456-68.

Schnipper HJ. 1986. Welche Leiden führten zur Frührente?. Kompass 96(11):531-532.

Schott T. 2002. "Reha vor Rente" - Zur Bedeutung der persönlichen Einstellung für die Wiederaufnahme der Arbeit. In: Schott T, Badura B, Schwager HJ, Wolf P, Wolters P. Neue Wege in der Rehabilitation. Weinheim: Juventa Verlag, 182-194.

Schütte W. 2004. Der Vorrang von Rehabilitation vor Rente- Rechtlicher Rahmen. ZSR. 50. Jahrgang, 4-5:473-492.

Schuntermann MF. 1987. Der Einfluß ausgewählter Krankheiten/ Behinderungen auf die Berentlichkeit wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit- Ein Beitrag zur Epidemiologie der Frühberentung. Deutsche Rentenversicherung, 7/87:462-493.

Schuntermann MF. 1988. Die Bedeutung der Psychiatrischen Krankheiten im Berentungsgeschehen wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit. In: Zielke M, Sturm J, Mark N, Hrsg. Die Entzauberung des Zauberbergs. Therapeutische Strategie und soziale Wirklichkeit. Rahmenbedingungen der therapeutischen Arbeit und deren Bedeutung für die klinische Praxis. Dortmund: Modernes Lernen, 93-122.

Schuntermann MF, Löffler HE, Müller-Farnow W, Braun R. 1990. Die Rehabilitations-Verlaufsstatistik- Ergebnisse eines Forschungsprojektes zur Epidemiologie in der medizinischen Rehabilitation-Teil III : „Die Reha-Anamnese“. Deutsche Rentenversicherung, 2/90:66-100.

Schuntermann MF. 1992. Ein Epidemiologisches Leistungsmodell der Rentenversicherung. In: Müller R et al, Hrsg. Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag : zum Gedenken an Alfred Schmidt. Köln: Bund-Verlag, 93-119.

Seidel E. 1994. Zur Trennung des Erwerbsminderungsrisikos vom Arbeitsmarktrisiko-Prinzipien der gesetzlichen Rentenversicherung In: Behrend C, Hrsg. Frühinvalidität- ein „Ventil“ des Arbeitsmarkts ?. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, 167-178.

Seiter H. 2000. Steuerung der Rehabilitation unter dem Blickwinkel " Reha vor Rente" - aus Sicht eines Reha-Trägers. Medizinische Sachverständige, 96(2):33-36.

Sieverding M. 1998. Sind Frauen weniger gesund als Männer? Überprüfung einer verbreiteten Annahme anhand neuerer Befunde. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 50 (3): 471-489.

Sieverding M, Gromus B. 2000. Editorial der Herausgeberinnen des Schwerpunktheftes. Zeitschrift für medizinische Psychologie 1/2000.

Sommer B. 1994. Entwicklung der Bevölkerung bis 2040. Wirtschaft und Statistik, 7:497-503.

Sozialgesetzbuch SGB. 1999. 25. Auflage. München: Beck- Verlag.

Statistisches Bundesamt, Hrsg.1998. Datenreport 1997. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung, Schriftenreihe Band 340.

Statistisches Bundesamt. 2006. Online-Dienst: www-genesis.destatis.de

Stegner, H-E. 1994. Gynäkologie und Geburtshilfe. 5. Auflage. Stuttgart: Enke Verlag.

Steigner B. 1998. Berufliche und medizinische Rehabilitation bei psychosomatischen Störungen. LVA Rheinland-Pfalz Speyer. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 41:32-34.

Stobbe H, Baumann G, Hrsg. 1996. Innere Medizin. 7. Aufl. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby GmbH & Co.

Straube W, Straube E. 1990. Sozial- und arbeitsmedizinische Aspekte der Gynäkologie in der DDR. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Präventivmedizin, 25 (12):547-551.

Thüringer Landesamt für Statistik: www.tls.thueringen.de

Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit. 2000. 3. Gesundheitsbericht Freistaat Thüringen 2000.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) Chronik, Wichtige Ereignisse für die Rentenversicherung unter www.vdr.de.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) Abteilung Sozialmedizin, Hrsg. 1988. Bericht über die Tagung „Rehabilitationsbedürftigkeit aus interdisziplinärer Sicht“ in Bad Urach, 14.-15.Juli 1988.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), Hrsg. 1993. Grundsätze zur Berufs- und Erwerbsunfähigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung, 8-9/93.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), Hrsg. 1997. VDR Statistik Rentenzugang des Jahres 1996. VDR Statistik Band 121.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), Hrsg. 1998. VDR Statistik Rentenzugang des Jahres 1997. VDR Statistik Band 125.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Hrsg. 2002. „Rund um die Rente“, Die deutsche gesetzliche Rentenversicherung im Überblick. Frankfurt am Main: BGR Druck- Service.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), Hrsg. 2003. Rentenversicherung in Zeitreihen. Ausgabe 2003.

Vogel H, Petermann F, Schillegger P, Schmidt S, Seger W. 1997. Einstellungen niedergelassener Ärzte zur medizinischen Rehabilitation: Eine empirische Untersuchung zur Problematik des Zugangs zur Rehabilitation. Die Rehabilitation, 36 (2):96-105.

Wasilewski R, Fassmann H, Kentner M, Passenberger J. 1984. Frühinvalidisierungsergebnisse einer Untersuchung in Baden-Württemberg. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden- Württemberg, Hrsg.

Wiegand D. 1995. Die Arbeitsmarktrente. Deutsche Rentenversicherung, 9/95:570-574.

Wittwer U. 1998. Berufliche Rehabilitation in der Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung, 12/98:859-868.

Wölk W. 1992. Somatoforme Schmerzstörung und Erwerbsfähigkeit. Versicherungsmedizin, 44(2):49-53.

Zielke M, Dehmlow A. 1998. Wiederherstellung und Sicherung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen nach stationärer medizinischer Rehabilitation Wissenschaftsrat der Allgemeinen Hospitalgesellschaft AG, Hilden. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 44:77-86.

Anhang

Tab. A1 Frühberentungsinzidenzen* für Thüringen im Zeitverlauf, RV gesamt

Jahr	Aktiv Versicherte**	Rentenzugang SGB VI		Rentenzugang RÜG***		Frühberentungs- inzidenzen (‰)
	Gesamt	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Gesamt
1995	1.166.921	5178	5063	93	603	9,37
1996	1.153.200	4862	5266	165	442	9,31
1997	1.119.089	4405	4974	65	137	8,56
1998	1.104.631	3842	4799	10	11	7,84
1999	1.115.933	3195	4341	5	9	6,77
2000	1.108.589	3101	4048	3	2	6,45
2001	1.076.648	2915	3773			6,21
2002	1.075.194	2724	3645			5,92

* Zahlen anhand von Tabellen des VDR Würzburg, Referat Statistisches Berichtswesen berechnet

** Aktiv Versicherte gesamt (Beitragszahler u. Anrechnungszeitversicherte)

***Galt für Personen, deren Rente in der Zeit vom 1.1.92 bis zum 31.12.96 begann. Danach eventuell noch Übergangsregelung.

Tab. A2 Frühberentungsinzidenzen * für Neue und Alte Bundesländer in Zeitreihen, RV gesamt

Jahr	Neue Bundesländer			Alte Bundesländer		
	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt
1993	9,19	6,55	7,80	6,7	9,89	8,58
1994	10,15	9,55	9,81	7,18	10,34	9,07
1995	9,72	9,33	9,51	7,63	10,49	9,31
1996	8,70	8,74	8,72	7,43	9,99	8,93
1997	8,44	9,14	8,81	6,98	9,35	8,36
1998	6,87	8,20	7,57	6,53	8,72	7,80
1999	5,61	7,28	6,48	5,20	7,73	6,58
2000	5,46	6,86	6,19	5,18	7,37	6,36
2001	5,23	6,68	5,98	5,10	6,71	5,96

* berechnet aus Rentenzugängen Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit insgesamt/ Aktiv Versicherte nach VDR- Statistik in ‰; aus Rentenversicherung in Zeitreihen, 2003, DRV- Schriften Band 22, Hrsg.: VDR

Tab. A3 Anteil der Frührentenzugänge an allen Neuzugängen der Versichertenrenten (in Prozent)

Jahr	Thüringen	Neue Bundesländer	Alte Bundesländer	Deutschland
1993		23,3	26,3	25,6
1994		21,3	25,8	24,5
1995		16,2	25,8	22,7
1996	25,0	24,3	24,8	24,7
1997	24,1	24,4	23,9	24
1998	26,2	24,3	22,2	22,6
1999	21,6	20,7	19,7	19,9
2000	20,7	19,8	19,5	19,6
2001	23,3	21,6	19,2	19,7
2002		22,0	17,8	18,6

Daten wurden vom Referat Statistik des VDR zur Verfügung gestellt, bzw. anhand DRV- Schriften Band 22, Rentenversicherung in Zeitreihen, Juli 2003 berechnet

Tab. A4 Anteil der Frührenten am Rentenbestand (in Prozent)

Jahr	Neue Bundesländer	Alte Bundesländer	Deutschland
1993	14,5	13,3	13,5
1994	15,1	12,7	13,2
1995	15,1	12,2	12,8
1996	13,9	11,8	12,3
1997	14,4	11,7	12,3
1998	14,4	11,4	12,1
1999	14,2	11,1	11,8
2000	13,6	10,6	11,3
2001	13,4	10,3	11,0
2002	13,0	9,9	10,6
2003	12,6	9,5	10,2

Daten berechnet anhand DRV- Schriften Band 22, Rentenversicherung in Zeitreihen, Juli 2003

Tab. A5 Diagnoseunterklassen, Frauen

Diagnose	Anzahl	Prozent
Dorsopathien	77	13,1
Arthropathien und verwandte Affektionen	56	9,5
Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und andere nichtpsychotische psychische Störungen	53	9,0
Andere Psychosen	40	6,8
Bösartige Neubildungen der Harn- und Geschlechtsorgane	35	6,0
Bösartige Neubildungen von Knochen, Bindegewebe, Haut und Brustdrüse	31	5,3
Oligophrenien	30	5,1
Sonstige Krankheiten des ZNS	21	3,6
Hypertonie und Hochdruckkrankheiten	17	2,9
Osteo- und Chondropathien und erworbene Deformitäten des Muskelskelettsystems	17	2,9
Schlecht bezeichnete und unbekannte Krankheits- und Todesursachen	16	2,7
Ischämische Herzkrankheiten	15	2,6
Sonstige Krankheiten der Verdauungsorgane	11	1,9
Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane und des Bauchfells	10	1,7
Krankheiten der Venen und Lymphgefäße sowie sonstige Krankheiten des Kreislaufsystems	10	1,7
Chronisch obstruktive Lungenkrankheiten und verwandte Affektionen	10	1,7
Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen	9	1,5
Sonstige Formen von (nichtrheumatischen) Herzkrankheiten	8	1,4
Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	8	1,4
Affektionen des Auges und seiner Anhangsgebilde	7	1,2
Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes	5	0,9
Rheumatismus, ausgenommen des Rückens	5	0,9
Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	4	0,7
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	4	0,7
Bösartige Neubildungen von Lippe, Mundhöhle und Rachen	3	0,5
Gutartige Neubildungen	3	0,5
Sonstige Stoffwechselkrankheiten und Störungen im Immunitätssystem	3	0,5
Hereditäre und degenerative Krankheiten des ZNS	3	0,5
Chronische rheumatische Herzkrankheiten	3	0,5
Kongenitale Anomalien	3	0,5
Frakturen der unteren Extremitäten	3	0,5
Tuberkulose	2	0,3
Krankheiten der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarmes	2	0,3
Sonstige Krankheiten des Darmes und des Bauchfells	2	0,3
Sonstige Krankheiten der Harnorgane	2	0,3
Symptome	2	0,3
Bösartige Neubildungen der Atmungs- und intrathorakalen Organe	1	0,2
Krankheiten der Schilddrüse	1	0,2
Organische Psychosen	1	0,2
Affektionen des peripheren Nervensystems	1	0,2
Krankheiten des Lungenkreislaufs	1	0,2
Pneumokoniosen und sonstige Lungenkrankheiten durch äußere Wirkstoffe	1	0,2
Appendizitis	1	0,2

Nephritis, Nephrotisches Syndrom und Nephrose	1	0,2
Sonstige Affektionen der weiblichen Geschlechtsorgane	1	0,2
Sonstige entzündliche Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	1	0,2
Intrakranielle Verletzungen, ausgenommen solche mit Schädelbruch	1	0,2
Folgen des Eindringens von Fremdkörpern in Körperöffnungen	1	0,2
keine Angaben	44	7,5
fehlerhafte Diagnoseangaben	1	0,2

Tab. A6 Diagnoseunterklassen, Männer

Diagnose	Anzahl	Prozent
Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und andere nichtpsychotische psychische Störungen	105	10,6
Dorsopathien	104	10,5
Arthropathien und verwandte Affektionen	56	5,6
Ischämische Herzkrankheiten	52	5,2
Andere Psychosen	50	5,0
Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	38	3,8
Oligophrenien	36	3,6
Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane und des Bauchfells	34	3,4
Sonstige Krankheiten der Verdauungsorgane	33	3,3
Sonstige Formen von (nichtrheumatischen) Herzkrankheiten	28	2,8
Sonstige Krankheiten des ZNS	27	2,7
Chronische obstruktive Lungenkrankheiten und verwandte Affektionen	27	2,7
Schlecht bezeichnete und unbekannte Krankheits- u. Todesursachen	24	2,4
Bösartige Neubildungen der Atmungs- und intrathorakalen Organe	23	2,3
Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen	21	2,1
Affektionen des peripheren Nervensystems	17	1,7
Osteo- und Chondropathien und erworbene Deformitäten des Muskelskelettsystems	16	1,6
Bösartige Neubildungen von Lippe, Mundhöhle und Rachen	15	1,5
Bösartige Neubildungen der Harn- und Geschlechtsorgane	15	1,5
Bösartige Neubildungen sonstiger und nicht näher bezeichneter Sitze	15	1,5
Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes	15	1,5
Hypertonie und Hochdruckkrankheiten	10	1,0
Krankheiten der Arterien, Arteriolen u. Kapillaren	10	1,0
Krankheiten der Venen und Lymphgefäße sowie sonstige Krankheiten des Kreislaufsystems	10	1,0
Organische Psychosen	9	0,9
Nephritis, Nephrotisches Syndrom und Nephrose	9	0,9
Frakturen der unteren Extremitäten	9	0,9
Intrakranielle Verletzungen, ausgenommen solche mit Schädelbruch	8	0,8
Hereditäre und degenerative Krankheiten des ZNS	7	0,7
Tuberkulose	5	0,5
Bösartige Neubildungen von Knochen, Bindegewebe, Haut und Brustdrüse	5	0,5
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	5	0,5
Rheumatismus, ausgenommen des Rückens	5	0,5
Fraktur der Wirbelsäule und des Rumpfskeletts	5	0,5

Spätfolgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen äußeren Einwirkungen	5	0,5
Sonstige bakterielle Krankheiten	4	0,4
Gutartige Neubildungen	4	0,4
Affektionen des Auges und seiner Anhangsgebilde	4	0,4
Chronische rheumatische Herzkrankheiten	4	0,4
Sonstige entzündliche Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	4	0,4
Kongenitale Anomalien	4	0,4
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	3	0,3
Krankheiten der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarmes	3	0,3
Symptome	3	0,3
HIV-Krankheiten	2	0,2
Spätfolgen von infektiösen und parasitären Krankheiten	2	0,2
Ernährungsmangelkrankheiten	2	0,2
Entzündliche Krankheiten des ZNS	2	0,2
Sonstige Krankheiten des Darmes und des Bauchfells	2	0,2
Sonstige Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	2	0,2
Schädelfraktur	2	0,2
Frakturen der oberen Extremitäten	2	0,2
Verstauchungen, Gelenk- und Muskelzerrungen (auch Distorsionen)	2	0,2
Komplikationen nach chirurgischen Eingriffen und ärztlichen Behandlungen, anderweitig nicht klassifiziert	2	0,2
Zoonosen durch Bakterien	1	0,1
Sonstige durch Viren und Chlamydien übertragene Krankheiten	1	0,1
Rickettsiosen und sonstige Infektionskrankheiten, durch Arthropoden übertragen	1	0,1
Krankheiten der Schilddrüse	1	0,1
Sonstige Stoffwechselkrankheiten und Störungen im Immunitätssystem	1	0,1
Pneumonie und Grippe	1	0,1
Pneumokoniosen und sonstige Lungenkrankheiten durch äußere Wirkstoffe	1	0,1
Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane	1	0,1
Luxationen (Unfallbedingte Aus- bez. Verrenkungen)	1	0,1
Offene Wunden der oberen Extremitäten	1	0,1
Offene Wunden der unteren Extremitäten	1	0,1
Quetschungen	1	0,1
Folgen des Eindringens von Fremdkörpern in Körperöffnungen	1	0,1
keine Angaben	72	7,3
fehlerhafte Diagnoseangaben	1	0,1

Tab. A7 Vorausgegangene Arbeitsunfähigkeit und Diagnoseklassen

	vorausgegangene Arbeitsunfähigkeit (Anzahl/Prozent)						
	keine Angaben	keine AU in den letzten 12 Monate vor Reha-Beginn	bis unter 3 Monate AU	3 bis unter 6 Monate AU	6 und mehr Monate AU	nicht erwerbstätig	Gesamt
keine Angaben	53/45,7	4/3,4	7/6,0	7/6,0	38/32,8	7/6,0	116/100
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	11/55,0	1/5,0	5/25,0		3/15,0		20/100
Neubildungen	92/43,0	4/1,9	16/7,5	22/10,3	71/33,2	9/4,2	214/100
Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen sowie Störungen im Immunsystem	24/63,2	2/5,3	4/10,5	2/5,3	6/15,8		38/100
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	3/100,0						3/100
Psychiatrische Krankheiten	253/78,1	13/4,0	17/5,2	8/2,5	32/9,9	1/0,3	324/100
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	69/77,5	3/3,4	6/6,7	1/1,1	9/10,1	1/1,1	89/100
Krankheiten des Kreislaufsystems	121/55,5	4/1,8	34/15,6	11/5,0	48/22,0		218/100
Krankheiten der Atmungsorgane	28/58,3	3/6,3	4/8,3	2/4,2	11/22,9		48/100
Krankheiten der Verdauungsorgane	42/76,4		3/5,5	1/1,8	9/16,4		55/100
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	7/50,0				7/50,0		14/100
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	4/57,1	1/14,3	2/28,6				7/100
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	135/40,2	17/5,1	34/10,1	30/8,9	120/35,7		336/100
Kongenitale Anomalien	3/42,9				4/57,1		7/100
Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	31/68,9	1/2,2	2/4,4	2/4,4	9/20,0		45/100
Verletzungen und Vergiftungen	29/64,4	1/2,2	6/13,3	4/8,9	5/11,1		45/100
	905/57,3	54/3,4	140/8,9	90/5,7	372/23,6	18/1,1	1579/100

Tab. A8 Arbeit vor Antragstellung und Berufsklasse

	1	2	3	4	5	6	7	Gesamt
keine Angabe	97	48	1	292	5	186	274	903
	57,4 %	61,5 %	100,0 %	52,9 %	45,5 %	56,5 %	62,4 %	57,2 %
nicht erwerbstätig	8			4		7	2	21
	4,7 %			0,7 %		2,1 %	0,5 %	1,3 %
Ganztagsarbeit ohne Wechsel- oder Nachtschicht	26	17		130	4	47	51	275
	15,4 %	21,8 %		23,6 %	36,4 %	14,3 %	11,6 %	17,4 %
Ganztagsarbeit mit Wechselschicht	7	3		21	1	18	15	65
	4,1 %	3,8 %		3,8 %	9,1 %	5,5 %	3,4 %	4,1 %
Ganztagsarbeit mit Nachtschicht	3	1		5		7	8	24
	1,8 %	1,3 %		0,9 %		2,1 %	1,8 %	1,5 %
Teilzeitarbeit, weniger als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit				1				1
				0,2 %				0,1 %
Teilzeitarbeit, mindestens die Hälfte der üblichen Arbeitszeit	1	1		1		10	7	20
	0,6 %	1,3 %		0,2 %		3,0 %	1,6 %	1,3 %
Arbeitslos im Sinne des Sozialgesetzbuch III	27	8		97	1	54	82	269
	16,0 %	10,3 %		17,6 %	9,1 %	16,4 %	18,7 %	17,0 %
Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte				1				1
				0,2 %				0,1 %
Gesamt	169	78	1	552	11	329	439	1579
	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

1= keine Angaben, 2= Pflanzenbauer, Tierzüchter, Fischereiberufe, 3= Bergleute, Mineralgewinner, 4= Fertigungsberufe, 5= Technische Berufe, 6= Dienstleistungsberufe, 7= Sonstige Arbeitskräfte

Tab. A9 Mittleres Berentungsalter für Erwerbsminderungsrenten nach Geschlecht, nur ArV

Jahr	Neue Bundesländer			Alte Bundesländer			Deutschland		
	Frauen	Männer	Differenz	Frauen	Männer	Differenz	Frauen	Männer	Differenz
1993	49,1	48,8	0,3	53,3	54,1	-0,8	52,0	53,3	-1,3
1994	49,0	48,8	0,2	53,0	54,0	-1	51,7	53,0	-1,3
1995	49,6	49,1	0,5	52,1	53,5	-1,4	51,3	52,7	-1,4
1996	48,9	48,7	0,1	52,0	53,4	-1,6	51,1	52,5	-1,4
1997	49,0	49,2	-0,2	51,6	53,2	-1,6	50,9	52,4	-1,5
1998	49,2	49,5	-0,3	51,4	52,9	-1,5	50,9	52,3	-1,4
1999	49,1	49,7	-0,6	51,2	52,8	-1,6	50,7	52,2	-1,5
2000	48,9	49,9	-1	51,0	52,7	-1,7	50,6	52,2	-1,6
2001	48,9	49,5	-0,6	50,7	52,1	-1,4	50,3	51,6	-1,3
2002	48,6	49,3	-0,7	50,1	51,4	-1,3	49,8	50,9	-1,1

DRV-Schriften Band 22; Rentenversicherung in Zeitreihen, Juli 2003; Hrsg.: VDR

Tab. A10 Frührentenzugänge nach Altersklassen, RV gesamt

Altersgruppe	Neue Bundesländer				Alte Bundesländer			
	Frauen		Männer		Frauen		Männer	
	1996	1997	1996	1997	1996	1997	1996	1997
bis 24 Jahre	2,6 %	1,9 %	3,4 %	2,5 %	0,5 %	0,8 %	0,4 %	0,6 %
25-29 Jahre	1,7 %	2,1 %	2,0 %	2,0 %	1,8 %	2,2 %	1,2 %	1,5 %
30-34 Jahre	3,7 %	4,5 %	4,0 %	4,2 %	3,1 %	4,0 %	2,2 %	2,7 %
35-39 Jahre	5,9 %	7,5 %	6,0 %	7,5 %	6,0 %	7,2 %	4,1 %	4,9 %
40-44 Jahre	8,9 %	10,8 %	9,0 %	10,6 %	8,1 %	9,0 %	5,6 %	6,2 %
45-49 Jahre	11,7 %	13,1 %	10,7 %	12,8 %	11,3 %	13,4 %	8,8 %	10,4 %
50-54 Jahre	28,0 %	30,3 %	25,9 %	26,9 %	20,3 %	23,7 %	18,1 %	22,0 %
55-59 Jahre	37,1 %	29,4 %	35,1 %	31,1 %	43,1 %	36,8 %	44,7 %	43,2 %
60-64 Jahre	0,3 %	0,4 %	3,9 %	2,5 %	5,9 %	3,1 %	14,9 %	8,5 %

Daten aus VDR Statistik Rentenzugang 1996 und 1997; Abweichungen der Prozentsummen von 100 % sind durch das Runden auf eine Nachkommastelle bedingt

Tab. A11 Prozentualer Anteil der vier häufigsten Diagnoseklassen am Rentenzugang wegen Erwerbsminderung im Zeitverlauf (nur ArV)

Jahr	Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes		Krankheiten des Kreislaufsystems		Psychiatrische Erkrankungen		Neubildungen	
	1	2	1	2	1	2	1	2
*	1	2	1	2	1	2	1	2
FRAUEN								
1983	24,86		40,62		7,40		7,27	
1984	27,78		37,80		7,94		7,16	
1985	28,50		28,61		11,98		9,75	
1986	30,31		25,20		12,78		10,34	
1987	31,56		23,02		13,77		10,31	
1988	32,59		20,91		14,95		10,42	
1989	33,70		19,23		16,15		10,59	
1990	34,35		18,74		17,18		9,70	
1991	35,58		18,22		17,37		9,37	
1992	36,24		17,79		17,59		9,60	
1993	36,47	27,16	15,58	20,16	18,78	17,81	9,71	8,82
1994	35,32	26,05	14,07	16,70	20,06	20,48	10,50	10,22
1995	32,95	28,28	12,27	15,14	22,08	22,20	9,31	10,68
1996	31,03	25,76	12,19	13,89	24,41	24,27	10,08	11,45
1997	29,98	24,73	11,38	12,60	24,67	25,90	11,26	13,09
1998	29,26	25,63	10,78	12,52	25,66	24,51	11,98	14,48
1999	28,84	24,89	10,65	11,68	27,34	25,33	11,71	16,01
2000	27,68	23,91	9,37	11,03	28,49	26,29	12,13	16,72
2001	26,95	23,84	8,80	10,98	31,97	26,63	11,60	17,31
2002	24,39	22,00	8,22	10,35	33,38	29,34	12,48	17,96
MÄNNER								
1983	21,01		35,17		8,69		7,28	
1984	22,95		34,02		8,76		7,34	
1985	23,72		31,70		9,41		8,14	
1986	24,70		30,69		9,91		8,28	
1987	25,96		29,99		9,99		8,38	
1988	27,29		28,89		10,27		8,67	
1989	28,84		27,64		10,37		8,95	
1990	29,98		26,70		10,61		8,83	
1991	31,75		26,07		10,56		8,77	
1992	33,30		25,91		10,42		8,50	
1993	33,58	16,43	24,40	24,76	11,05	18,78	8,59	8,67
1994	33,65	15,19	22,96	21,81	11,82	21,26	9,16	10,32
1995	33,09	16,85	21,28	21,78	13,23	22,56	8,59	9,89
1996	32,09	16,32	20,89	21,13	14,40	23,32	9,03	9,97
1997	30,76	17,25	20,66	20,67	14,80	22,89	10,03	11,75
1998	30,04	19,73	20,48	20,45	15,99	20,34	10,33	12,85
1999	30,15	20,96	19,64	20,47	17,21	19,80	10,51	13,17
2000	29,96	21,35	16,73	17,76	17,92	20,50	11,54	13,99
2001	29,38	22,17	16,73	18,25	20,16	20,66	10,93	13,89
2002	25,62	20,82	16,66	18,00	22,19	22,61	11,80	15,06

Anmerkungen siehe nächste Seite

* 1=alte Bundesländer, 2=neue Bundesländer

Zahlen berechnet aus Rentenversicherung in Zeitreihen, Juli 2003 in DRV-Schriften Band 22

Anm. des VDR: Ohne Fälle mit nicht erfasster 1. Diagnose und Renten für Bergleute wegen Vollendung des 50. Lebensjahres,

1993-1999 inkl. Renten nach Art. 2 RÜG, ab 2000 Verschlüsselung der Diagnosen nach ICD 10 (vorher ICD 9)

1991 u. 1992 alte Bundesländer: Untererfassung aufgrund RRG '92 und Änderung des Datensatzaufbaus

1993 u. 1994 neue Bundesländer: einschließlich der im Jahr 1992 aufgrund technischer Probleme nicht bewilligten Rentenanträge

Tab. A12 Leistungsart im Zeitverlauf nach Geschlecht, alte und neue Bundesländer, RV gesamt

	Frauen				Männer			
	Erwerbsminderung*/**				Erwerbsminderung*/**			
	teilweise*		voll**		teilweise*		voll**	
Bundesländer	alt	neu	alt	neu	alt	neu	alt	neu
Jahr								
1960	50,05		49,95		45,14		54,86	
1965	36,81		63,19		36,42		63,58	
1970	27,30		72,70		26,17		73,83	
1975	10,46		89,54		14,64		85,36	
1980	2,76		97,23		12,36		82,89	
1985	6,13		93,85		15,92		80,33	
1990	6,03		93,91		17,36		79,78	
1993	6,28	3,42	93,63	96,56	18,20	5,54	79,89	94,37
1994	5,78	4,34	94,14	95,47	17,74	7,53	80,65	91,78
1995	5,34	4,44	94,56	95,18	17,46	7,56	81,26	91,65
1996	4,75	4,67	95,16	94,61	17,47	7,93	81,14	90,98
1997	5,03	4,91	94,89	94,14	18,30	8,88	80,27	89,55
1998	5,22	6,85	94,69	91,98	18,41	12,95	80,10	84,35
1999	4,98	7,49	94,94	91,43	18,40	14,98	80,27	82,41
2000	5,40	7,19	94,53	91,91	18,97	14,83	79,66	82,49
2001	11,35	12,85	88,56	86,30	21,68	18,35	76,89	78,84
2002	15,84	16,40	84,10	82,90	22,48	19,83	76,28	77,39

Zahlen berechnet nach Rentenversicherung in Zeitreihen, 2003, DRV- Schriften Band 22 Hrsg.: VDR

*Bei Renten mit Rentenbeginn bis 31.12.2000 : Renten wegen Berufsunfähigkeit

**Bei Renten mit Rentenbeginn bis 31.12.2000 : Renten wegen Erwerbsunfähigkeit

(Anm.: Eine in manchen Jahren vorhandene Differenz zu 100% ergibt sich aufgrund von nicht berücksichtigten, zahlenmäßig eher unbedeutenden Renten für Bergleute.)

Tab. A13 Anteil der wegen der Arbeitsmarktlage gewährten Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten, alte Bundesländer, nur ArV

Jahr	Frauen	Männer
1980	14,5	11,0
1981	15,2	11,2
1982	11,6	11,0
1983	17,5	14,6
1984	21,1	17,5
1985	20,5	17,6
1986	20,8	18,1
1987	23,1	19,7
1988	23,0	20,3
1989	23,2	20,2
1990	24,2	21,1
1991	25,3	22,1
1992	27,7	23,8
1993	27,6	24,7
1994	29,1	25,1
1995	27,3	25,1
1996	30,0	27,5
1997	30,8	27,4
1998	31,2	27,5
1999	31,4	28,6
2000	31,8	29,0

Die Zahlen wurden freundlicherweise von Herrn E. Kruse, Leiter des Referates 5.2.2: Statistik im Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) zur Verfügung gestellt.

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich- Schiller- Universität bekannt ist,

ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind,

die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,

dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und

dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts haben mich Frau Dr. Ch. Salzmann und Herr Prof. Dr. R. Schiele unterstützt. Dafür gilt ihnen mein besonderer Dank.

Weimar, den