

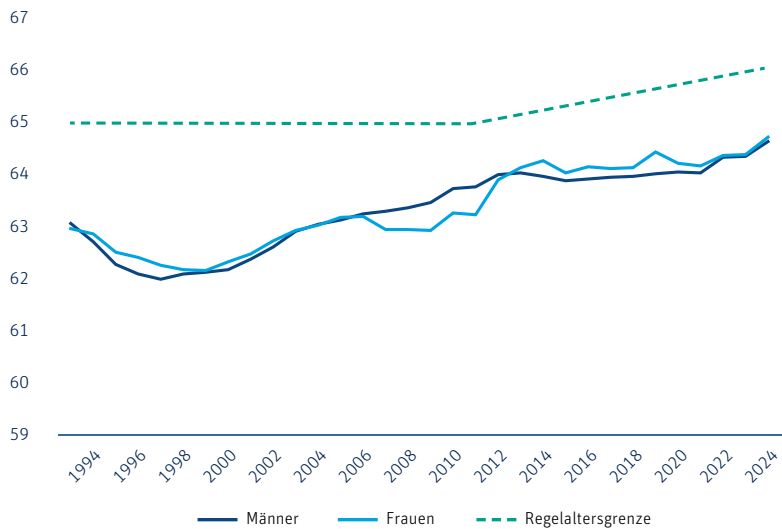


MacroScope Pharma

# Lebensarbeitszeit: Gesundheit ist Voraussetzung für ein längeres Erwerbsleben

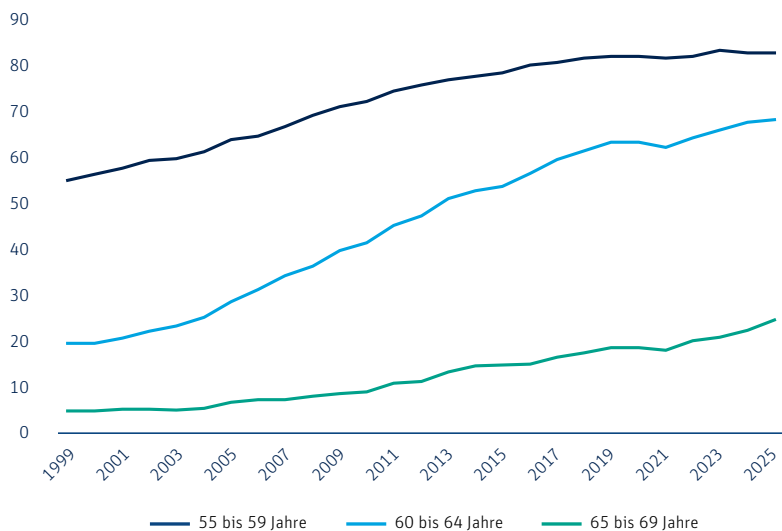
Deutschlands Bevölkerung wird immer älter. Das hat erhebliche Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt und die Finanzierung der Sozialversicherungen. Schon heute ist sichtbar, was sich künftig verstärken könnte: Immer mehr ältere Beschäftigte tragen zur Erwerbstätigkeit bei. Ein Faktor spielt dabei eine entscheidende Rolle – die Gesundheit. Mit Unterstützung von präventiven Maßnahmen könnten ältere Erwerbstätige die Wirtschaftsleistung um mehr als 100 Milliarden Euro steigern.

**Abbildung 1: Renteneintrittsalter und Regelaltersgrenze**  
Durchschnittliches Zugangsalter in Altersrenten



Quelle: DRV; 2014 und 2015 unter Herausrechnung der Fälle der „neuen Mütterrenten“

**Abbildung 2: Beschäftigtenanteil nach Altersgruppen**  
Frauen und Männer



Quelle: Eurostat, Macrobond

Seit Jahren wird auf die demografische Entwicklung in Deutschland, das damit einhergehende schwindende Wachstumspotenzial und die Notwendigkeit von Sozialversicherungsreformen hingewiesen. Die Beiträge von immer weniger Erwerbstätigen müssen die Renten von immer mehr Ruheständlern tragen<sup>1</sup>. Eine vielfach diskutierte Lösung: ein längeres Erwerbsleben. Die Erwerbstätigenquote Älterer ist im internationalen Vergleich gering<sup>2</sup> und die Lebenserwartung in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Entsprechend schlägt die Expertenkommission zur Reform der Rentenversicherung in ihrem im Juni 2026 veröffentlichten Bericht eine Kopplung des Renteneintritts an die Lebenserwartung vor – im Verhältnis von zwei Dritteln längerer Erwerbsphase zu einem Drittel längerer Rentenphase. Bei aktuellen Annahmen zur Lebenserwartung entspräche das einer Anhebung der Regelaltersgrenze um rund sechs Monate pro Dekade. Der Bericht der Kommission stellt diese Empfehlung in ein breiteres Reformpaket: Neben dem Renteneintritt selbst stehen die Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung – etwa über eine Anpassung des Nachhaltigkeitsfaktors – und der Aufbau kapitalgedeckter Elemente im Zentrum der Vorschläge. Begleitend zur Anhebung der Regelaltersgrenze verweist die Kommission auf die Bedeutung von Prävention und Rehabilitation, um gesundheitlich bedingte Härten abzufedern.<sup>3</sup>

Viele Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer scheiden vor Erreichen der gesetzlichen Regelaltersgrenze aus dem Erwerbsleben aus<sup>4</sup> (Abbildung 1). Grund dafür sind nicht zuletzt sozialpolitische und rechtliche Rahmenbedingungen. Für Beschäftigte gibt die Regelaltersgrenze indes eine Orientierung für den Austritt aus der Erwerbstätigkeit – das Renteneintrittsalter ist mit der schrittweisen Anhebung der Altersgrenze ebenfalls gestiegen.

Seit der Jahrtausendwende arbeitet ein immer größerer Teil der Bevölkerung im Alter von 65 bis 69 Jahren (Abbildung 2).

<sup>1</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2026), Frühjahrsgutachten 2026, [online verfügbar](#).

<sup>2</sup> Jessen, R. (2025). Maßnahmen zur Erhöhung der Erwerbsbeteiligung Älterer. Wirtschaftsdienst, 4, 292, [online verfügbar](#).

<sup>3</sup> Alterssicherungskommission (2026). Empfehlungen der Alterssicherungskommission. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin, [online verfügbar](#).

<sup>4</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2023). Alterungsschub und Rentenreformen. Kapitel 5 in: Jahresgutachten 2023/24: Wachstumsschwäche überwinden – in die Zukunft investieren, Wiesbaden, [online verfügbar](#).

## Unterschiedliche Gründe für eine längere Erwerbstätigkeit

Die Gründe für eine Beschäftigung über die Regelaltersgrenze hinaus sind unterschiedlich<sup>5</sup>: Nur 36 Prozent der männlichen Rentner gaben 2018 an<sup>6</sup>,

aus finanziellen Gründen im Ruhestand erwerbstätig zu sein. Bei Rentnerinnen waren es hingegen 52 Prozent. Ein Teil der Älteren kann es sich folglich nicht leisten, bereits vorzeitig in Rente zu gehen. Frauen sind davon überproportional häufig betroffen. Bei der Entscheidung länger zu arbeiten, spielt bei beiden Geschlechtern das Arbeitsumfeld eine zentrale Rolle. Viele motiviert beispielsweise der soziale Kontakt oder das Gefühl, eine Aufgabe zu haben.

Dabei bleibt die Gesundheit eine zentrale Voraussetzung für eine Erwerbsarbeit.<sup>7</sup> Ein Indikator für die Gesundheit bzw. Krankheit ist die Sterbewahrscheinlichkeit. Diese ist insgesamt deutlich gesunken – gerade in den hohen Altersgruppen (Abbildung 3).

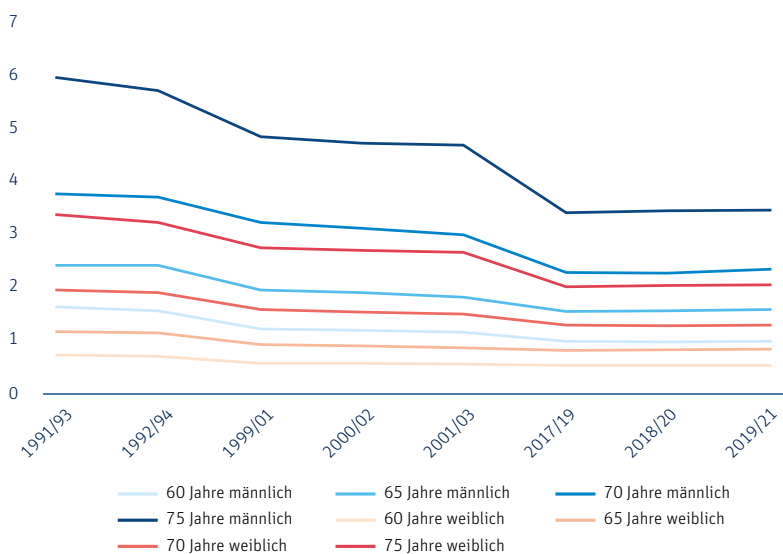
Im Zeitverlauf hat sich die Krankheitslast langsam hin zu chronischen Erkrankungen verschoben. Der medizinische Fortschritt hat dazu geführt, dass viele Symptome drastisch gemildert werden können. Zugleich ist das Arbeiten mit chronischen Krankheiten auch durch ihren schleichenden Verlauf vielfach länger möglich. Das zeigt sich bei der Erwerbsminderungsrente: der krankheitsbedingte Austritt aus dem Erwerbsleben tritt im Durchschnitt zu einem immer späteren Alter und bei weniger Menschen auf als noch im Jahr 1993 (Abbildung 4).

Diese Beobachtungen sind Indizien dafür, dass sich die Arbeitsfähigkeit der Bevölkerung im Zeitverlauf erhöht hat. Die Arbeitsfähigkeit bezeichnet dabei den Teil der Gesundheit, welcher ungeachtet individueller Präferenzen sowie konjunktureller und struktureller Rahmenbedingungen den direktesten Zusammenhang mit der Erwerbsbeteiligung bildet.

## 106 Milliarden Euro Wirtschaftsleistung durch Erwerbstätigkeit bis 70 Jahre

Für das tatsächliche Potenzial zusätzlicher Erwerbstätigkeit bis zum Alter von 70 Jahren ist die Gesundheit der Betroffenen essenziell. Sie bestimmt, wie viele Menschen theoretisch auch im höheren Alter arbeiten könnten.

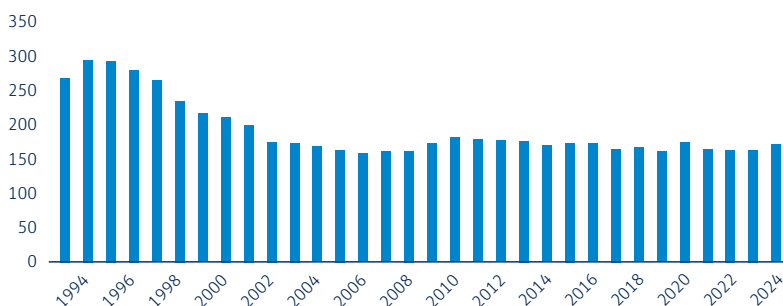
**Abbildung 3: Sterbewahrscheinlichkeit in Prozent**



Quelle: Destatis

Lesebeispiel: Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Mann im Alter von genau 75 Jahren verstirbt, lag im Zeitraum 1991 – 1993 bei 6 %.

**Abbildung 4: Zugänge in Erwerbsminderungsrente**  
Gesamtanzahl in Tausend, alle Indikationen



Quelle: DRV

<sup>5</sup> Romeu Gordo, L., Gundert, S., Engstler, H., Vogel, C., & Simonson, J. (2022). Rentnerinnen und Rentner am Arbeitsmarkt: Erwerbsarbeit im Ruhestand hat vielfältige Gründe – nicht nur finanzielle. IAB-Kurzbericht 8/2022, ergänzende Abbildung „Motive für Erwerbsarbeit im Ruhestand, insgesamt und nach Geschlecht, 2018“, [online verfügbar](#)

<sup>6</sup> Vgl. Schiel, S., Koßmann, J., & Gerhards, E. (2025). Alterssicherung in Deutschland 2023 (ASID 2023). Zusammenfassender Bericht. Forschungsbericht 658, erstellt von infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH in Zusammenarbeit mit dem Finanzwissenschaftlichen Forschungsinstitut an der Universität zu Köln im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, [online verfügbar](#)

<sup>7</sup> Jürges, H., Thiel, L., & Börsch-Supan, A. (2016). Healthy, Happy and Idle: Estimating the Health Capacity to Work at Older Ages in Germany. NBER Working Paper No. 21972, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA, [online verfügbar](#)

Ein schlechter Gesundheitszustand senkt die Erwerbstätigkeit – und das schon lange vor dem Renteneintritt (Abbildung 5). Bei den 20- bis 54-Jährigen liegt die Erwerbstätigenrate bei schlechter Gesundheit um 32 Prozent niedriger als bei guter Gesundheit, bei den 55- bis 65-Jährigen um 36 Prozent.<sup>8</sup> Da Frührentenoptionen wie die Rente mit 63 für die jüngere der beiden Altersgruppen kaum eine Rolle spielen und Erwerbsminderungsrenten nur rund fünf Prozent der Beschäftigten betreffen, kann dieser Unterschied nicht durch institutionelle Austrittsoptionen erklärt werden. Er spiegelt direkte gesundheitliche Einschränkungen wider.

Ein Teil der Beschäftigten mit schlechter Gesundheit arbeitet trotzdem weiter, vor allem, wenn das Rentenalter noch weit entfernt ist. Ihr Anteil liegt bei rund 30 bis 40 Prozent. Sie gelten in dieser Berechnung nicht als zusätzliches Potenzial.

Nach 65 Jahren dreht sich das Bild: Dann ist nicht die Gesundheit der entscheidende Grund für den Rückzug aus dem Erwerbsleben, sondern die Regelaltersgrenze.

Würde diese schrittweise auf 70 Jahre angehoben, könnten zusätzlich rund 39 Prozent der 66- bis 69-Jährigen erwerbstätig sein. Die Schätzung basiert auf den Erwerbstätigenquoten der 55- bis 65-Jährigen, welche gesundheitsgewichtet auf die 66- bis 69-Jährigen angewandt werden. Danach wird die Erwerbsbeteiligung in allen Gesundheitszuständen dieser Altersgruppe um einen altersbedingten Abschlag von elf Prozent reduziert. Bei sehr gutem Gesundheitszustand wären 74 Prozent der 66- bis 69-Jährigen erwerbstätig, bei gutem Gesundheitszustand 65 Prozent, bei mittlerem 52 Prozent. Bei Menschen mit schlechter oder sehr schlechter Gesundheit wird keine erhöhte Erwerbsrate unterstellt (Abbildung 6). Bei 4,1 Millionen in dieser Altersgruppe mit mindestens mittlerem Gesundheitszustand ergibt das ein Potenzial von 1,6 Millionen Erwerbstätigen. Bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 17,5 Stunden und einem Vollzeitäquivalent von 35,5 Stunden entspricht das knapp 800.000 zusätzlichen Vollzeitstellen. Mit ihrem Arbeitseinsatz von rund 1,5 Milliarden Stunden im Jahr könnten sie – bei einer Produktivität, für die hier das gesamtwirtschaftliche Mittel unterstellt wird – entsprechend 2,4 Prozent der Wirtschaftsleistung zusätzlich erwirtschaften. Das wäre ein Plus von 106 Milliarden Euro.

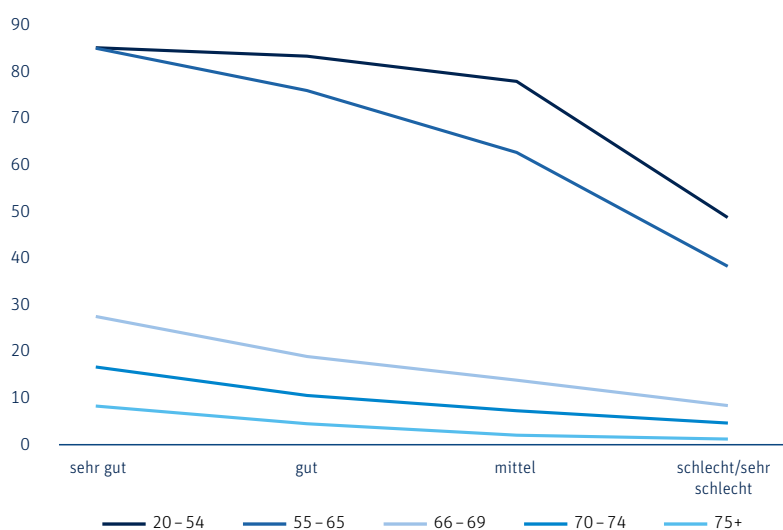
### Bessere Gesundheitsversorgung erschließt weitere 0,2 Prozentpunkte

Dieses Potenzial ist nur realisierbar, wenn die Gesundheit der Bevölkerung im Alter tatsächlich erhalten bleibt. Bei einem sehr guten Gesundheitszustand sinkt der Anteil der Menschen, die einen frühen Renteneintritt planen, um sieben Prozentpunkte gegenüber denjenigen mit lediglich gutem Gesundheitszustand.<sup>9</sup> Gesundheit entscheidet also nicht nur über die Arbeitsfähigkeit, sondern auch über die Bereitschaft, länger zu arbeiten.

Arzneimittel leisten dabei einen nachweisbaren Beitrag<sup>10</sup>: Die Lebenserwartung ist in den USA in den vergangenen Jahren um 2,9 Jahre gestiegen. Den stärksten positiven Einfluss hatte dabei die Behandlung der ischämischen Herzkrankheit. 44 Prozent

**Abbildung 5: Anteil Erwerbstätiger nach Altersgruppe und Gesundheitszustand**

aus 2022



Quelle: Mikrozensus, DIW, vfa

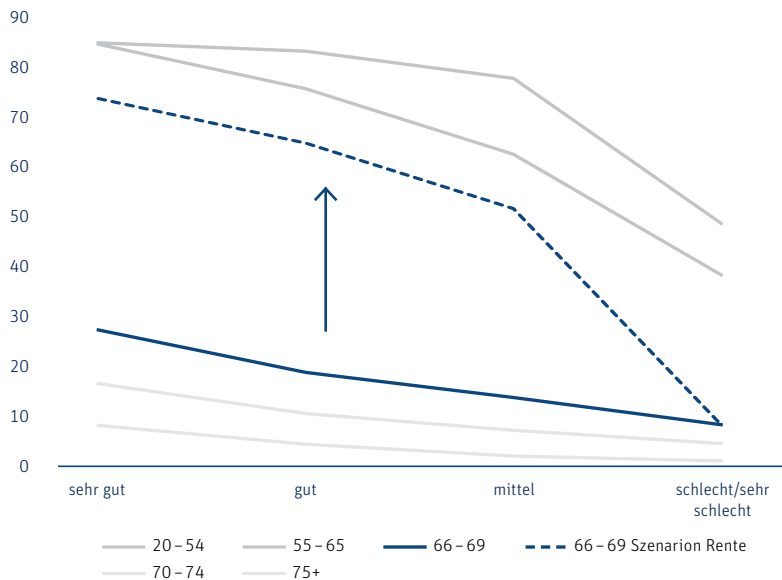
<sup>8</sup> Bindler, A., Borlinghaus, M., Buslei, H., Geyer, J., & Haan, P. (2025). Erwerbstätigkeit im Alter: bereits bedeutend – aber ausbaufähig. DIW Wochenbericht, 48/2025, 768 – 776, Tabelle 2, [online verfügbar](#)

<sup>9</sup> Hasselhorn, H. M., du Prel, J.-B., Borchart, D., & Ebener, M. (2024/2025). Arbeiten mit Krankheit jenseits der 50 – vieles ist möglich. Ergebnisse der lidA-Studie und Impulse für Betriebe. Lehrstuhl für Arbeitswissenschaft, Bergische Universität Wuppertal, [online verfügbar](#)

<sup>10</sup> Buxbaum, J. D., Chernew, M. E., Fendrick, A. M., & Cutler, D. M. (2020). Contributions of public health, pharmaceuticals, and other medical care to US life expectancy changes, 1990 – 2015. Health Affairs, 39(9), 1546 – 1556, [online verfügbar](#)

### Abbildung 6: Erwerbstätigkeit nach Altersgruppe und Gesundheitszustand

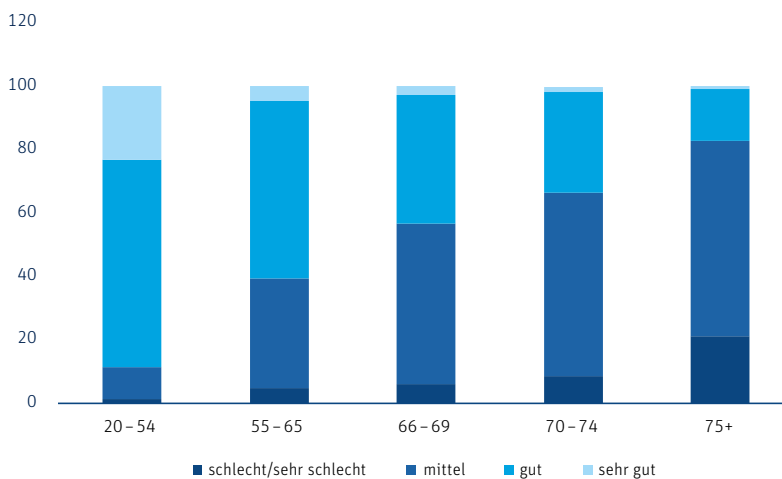
Szenario, Hochrechnung auf 2025



Quelle: Mikrozensus, DIW, vfa

### Abbildung 7: Gesundheitszustand

Anteil an allen Befragten in der jeweiligen Altersgruppe



Quelle: Mikrozensus, DIW, vfa

des Anstiegs der Lebenserwartung gehen auf das Gesundheitssystem insgesamt zurück, 35 Prozent allein auf Arzneimittel und 13 Prozent auf andere medizinische Versorgung. Pharmazeutische Innovation ist damit ein zentraler Treiber längerer Lebens- und Arbeitsfähigkeit.

Zusätzliche Potenziale stecken in der Prävention. Sekundärprävention – die Verhinderung von Folgeerkrankungen bei chronisch Kranken – sowie Investitionen in eine innovative Gesundheitsversorgung und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung könnten die Erwerbstätigenquote der 66- bis 69-Jährigen weiter erhöhen. So könnte beispielsweise der Gesundheitszustand der 55- bis 65-Jährigen noch weitere vier Jahre erhalten bleiben und würde rechnerisch das Bruttoinlandsprodukt um zusätzliche 0,2 Prozent erhöhen. Das weitere Potenzial besserer Gesundheit ist beträchtlich – ließe sich etwa die Gesundheit der zweiten und dritten Altersgruppe (vgl. in Abbildung 7 den zweiten und dritten Balken) auf dem Niveau der jungen Gruppe beibehalten, ließe sich die Wirtschaftsleistung deutlich steigern (um rechnerisch bis zu 2,3 Prozent).

Primärprävention durch Impfen kommt hinzu. Im Jahr 2024 waren knapp sechs Prozent der Beschäftigten mindestens einmal wegen impfpräventabler Erkrankungen arbeitsunfähig – Influenza, COVID-19, Gürtelrose. Insgesamt fielen 28,6 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage an.<sup>11</sup> Höhere Impfquoten durch niedrigschwellige Angebote, elektronische Erinnerungen und eine stärkere Einbindung von Betriebsärzten könnten Fehlzeiten spürbar senken.

Diese Effekte addieren sich zu den berechneten Potenzialen einer höheren Regelaltersgrenze: Mehr Menschen im Erwerbsleben, mehr wöchentliche Arbeitsstunden und mehr tatsächlich geleistete Arbeitstage.

### Fazit: Gesundheit ist eine Investition in die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und die Tragfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme

Die Rentendebatte dreht sich meist um Beitragssätze, Rentenniveaus und Altersgrenzen. Was dabei zu kurz kommt: Die entscheidende Variable Gesundheit. Wer mit 67 Jahren nicht arbeitsfähig ist, wird es mit 70 Jahren auch nicht sein.

Die überschlägigen Berechnungen zeigen: Bei einer Anhebung der Regelaltersgrenze auf 70 Jahre könnten 1,6 Millionen zusätzliche Erwerbstätige rund 106 Milliarden Euro erwirtschaften. Für Staat und

<sup>11</sup> vfa (2026). Hoher Krankenstand: Wie Impfungen für Erwachsene Prävention und Wirtschaft stärken. Beitrag vom 22. April 2026, [online verfügbar](#)

Sozialversicherungen bedeutet dies Mehreinnahmen in Höhe von mehr als 40 Milliarden Euro, davon allein knapp 30 Milliarden Euro Sozialbeiträge. Dies sind die maximalen Erträge einer solchen Reform – diskutiert wird allerdings eine schrittweise Anhebung des Renteneintrittsalters. Voraussetzung ist, dass die Gesundheit der Betroffenen eine weitere Beschäftigung zulässt. Eine bessere Sekundärprävention könnte die Wirtschaftsleistung zusätzlich um rund 0,2 Prozent anheben – rund zehn Milliarden Euro – und weitere vier Milliarden Euro an staatlichen Einnahmen generieren.

Auch die Rentenkommission sieht diesen Zusammenhang: Ihre Leitempfehlung zur Kopplung der Regelaltersgrenze an die Lebenserwartung verweist explizit auf die Notwendigkeit begleitender Prävention und Rehabilitation. Bemerkenswert ist jedoch, wie unterschiedlich konkret die einzelnen Bausteine der Reform ausfallen: Während die rentenrechtlichen Anpassungen – Altersgrenzen, Abschläge, Übergangsfristen – mit Jahreszahlen und Prozentwerten hinterlegt sind, bleiben die gesundheitspolitischen Flankierungen vage. Das vorgeschlagene Reha-Budget orientiert sich an „tatsächlichen Versorgungsbedarfen“, ohne diese zu quantifizieren; der Ü-45-Check gilt weiterhin als Modellprojekt, dessen Weiterentwicklung von einer noch ausstehenden Evaluation abhängt. Genau hier liegt eine Lücke, die geschlossen werden muss, um die skizzierten Potenziale vollständig zu heben.

Arbeitsmarkt- und Rentenpolitik werden die demografische Herausforderung nicht allein lösen können. Wer das Renteneintrittsalter anhebt, ohne gleichzeitig die Gesundheit der Bevölkerung zu sichern, verschiebt das Problem: Aus Rentnern werden Erwerbsgeminderte. Eine kohärente Politik denkt alle drei Dimensionen zusammen: Lebensarbeitszeit, Erwerbsfähigkeit und Gesundheitsversorgung. Das bedeutet, Prävention und moderne Medizin sollten als Investitionen begriffen werden, nicht als Kostenfaktor im Gesundheitssystem.

### Box: Daten und Methoden

Die Simulation beruht auf dem im Mikrozensus 2022 erhobenen Gesundheitszustand. Auf die Frage „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?“ haben 62 Prozent der Befragten geantwortet. Die Antwort spiegelt die subjektive Einschätzung der Auskunftgebenden wider und wird – interpretiert als Leistungsfähigkeit – genutzt, um den Rückgang der Arbeitsfähigkeit zwischen den unterschiedlichen Altersgruppen zu modellieren. Menschen ohne Diagnose, die sich nicht leistungsfähig fühlen, könnten beispielsweise die Angabe „mittel“ machen, ebenso Menschen mit einer diagnostizierten Erkrankung, die nur selten unter Krankheitssymptomen leiden. Die Befragten machen ebenso Angaben über ihren Erwerbstätigenstatus und die Anzahl an Arbeitsstunden. Aus der Kombination dieser Daten lässt sich ermitteln, wie stark der Gesundheitszustand die Erwerbstätigkeit beeinflusst. Die Berechnungen erfolgen möglichst konservativ.

Für die Anzahl an geleisteten Stunden wird das Minimum im jeweiligen Gesundheitszustand über alle Altersgruppen verwendet. Dennoch wird damit die Stundenanzahl möglicherweise geringfügig überschätzt, da sie sich zum Teil auf die im Rentenalter Erwerbstätigen beziehen, die eher zu den leistungsfähigeren der Gruppe gehören.

Der Anteil an Menschen mit gutem Gesundheitszustand unterscheidet sich zwischen Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen. Für die Schätzung der Anzahl an zusätzlichen Erwerbstätigen wird der Gesundheitszustand der Nicht-Erwerbstätigen verwendet, da diese das Potenzial darstellen.

Für die Berechnung des Potenzials von Prävention wird die Verteilung der Gesundheitszustände verändert: Zum einen für die neuen Erwerbstätigen, zum anderen für die bereits erwerbstätigen 66- bis 69-Jährigen, sowie die erwerbstätigen 55- bis 65-Jährigen.

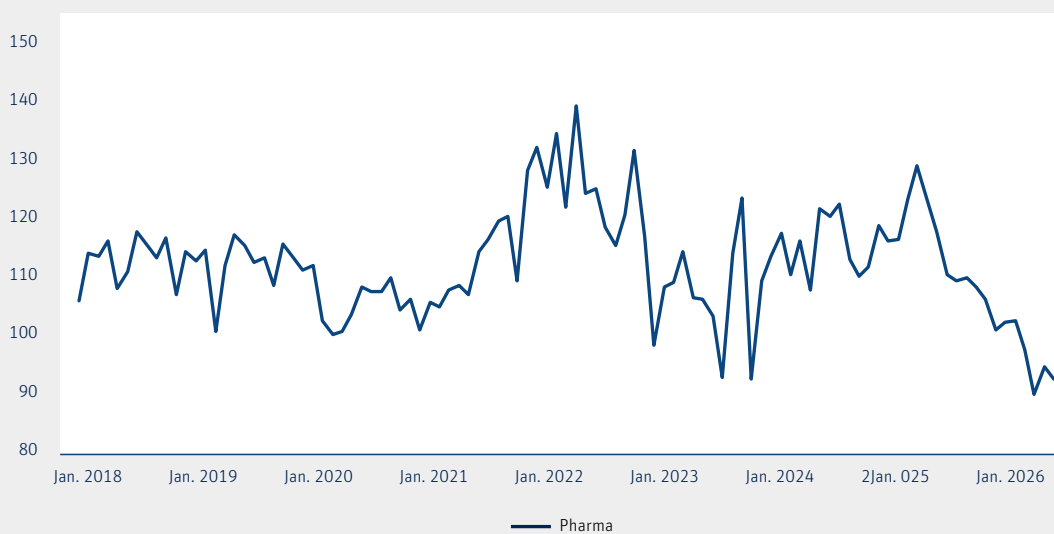
Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass sich hinter den Potenzialen heterogene Gruppen verbergen. Gesundheitszustand, Erwerbsfähigkeit und Erwerbstätigkeit unterscheiden sich stark nach sozioökonomischen Gruppen sowie zwischen den Geschlechtern. Je nach Arbeitgeber und Art der Beschäftigung können Rahmenbedingungen unterschiedlich flexibel gestaltet sein, was einen hohen Einfluss darauf hat, ob ältere Mitarbeiter weiterarbeiten wollen und können.

## MacroScope Facts

Die ifo-Beschäftigungserwartungen zeigen, wie schnell außenwirtschaftliche Unsicherheit auf den Arbeitsmarkt durchschlagen kann: Unternehmen halten sich mit Neueinstellungen zurück und bauen häufiger Stellen ab. Für eine exportorientierte Volkswirtschaft wie Deutschland ist das ein frühes Warnsignal.

### Ifo Beschäftigungserwartungen

Index (2015 = 100), saison- und kalenderbereinigt



#### Autoren

Dr. Claus Michelsen  
Geschäftsführer Wirtschaftspolitik  
Telefon +49 30 20604-120  
c.michelsen@vfa.de

Vanessa Bammert  
Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik  
Telefon +49 30 206 04-124  
v.bammert@vfa.de

#### Herausgeber

Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V.  
Charlottenstraße 59  
10117 Berlin  
Telefon +49 30 20604-0  
info@vfa.de  
www.vfa.de

#### Redaktion

Pressestelle des vfa  
Pressekontakt: Henrik Jeimke-Karge  
Telefon +49 30 20604-205  
h.jeimke-karge@vfa.de  
ISSN: 2751-2924

Alle Rechte vorbehalten © 2026  
Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa)

Abdruck oder vergleichbare Verwendung von  
Arbeiten des vfa ist auch in Auszügen nur mit  
vorheriger schriftlicher Genehmigung gestattet