

Psychische Störungen und Erwerbsminderungsberentungen

PD Dr. Dirk Richter

Institut für Soziologie, Westf. Wilhelms-Universität Münster und Westfälische Klinik Münster

Einleitung

Im Jahr 2003 wurden in der Bundesrepublik Deutschland ca. 175.000 Menschen wegen einer krankheitsbedingten Erwerbsminderung frühberentet (VDR 2004). Für viele Menschen, die von einer chronischen Erkrankung betroffen sind, ist die Frühberentung ein wohlfahrtsstaatliches Privileg, das den krankheitsbedingten frühen Rückzug vom Arbeitsmarkt zumindest ansatzweise finanziell zu kompensieren vermag. Überdies ist der soziale Status der Frühberentung in Deutschland weitestgehend akzeptiert und gilt als vergleichsweise nicht stigmatisiert. Der gegenwärtige internationale Forschungsstand zur Frühberentung geht daher auch von einem ‚sozialen Modell‘ aus, welches das Berentungsgeschehen am besten beschreiben kann (Stattin 2005). Im Gegensatz zu einem rein medizinischen Modell wird in dem sozialen Modell anerkannt, dass nicht allein die Krankheit oder Behinderung ausschlaggebend ist, sondern die Funktionsfähigkeit im sozialen Kontext des Arbeitsplatzes und des gesamten Arbeitsmarkts. Darüber hinaus sind sicherlich die Akzeptanz gewisser lebensgeschichtlicher Alternativen sowie ein mögliches Gerechtigkeitsempfinden („ich habe jetzt X Jahrzehnte hart gearbeitet, deshalb steht mir die Frührente zu“) in Rechnung zu stellen.

Allerdings existieren zu dieser Thematik kaum deutsche Untersuchungen. Die Forschung über Frühberentungen durch Krankheiten und Behinderungen hierzulande ist überwiegend ökonomisch und sozialpolitisch ausgerichtet. In ökonomischer Perspektive geht es beispielsweise um die Frage der Ausgestaltung von Anreizen bestimmter Berentungsverfahren für Betroffene. Dabei wird die Frühberentung als eine ‚Exit Option‘ gesehen, die in Anspruch genommen werden kann (Berkel und Börsch-Supan 2004; Siddiqui 1997). Sozialpolitisch wird überwiegend auf die Folgen und die Kosten dieser Berentungsform abgehoben. Hier zeigt sich etwa, dass auch das deutsche Rentenversicherungssystem einem allgemeinen Trend westlicher Staaten zum Anstieg der Ausgaben für Renten aufgrund einer Behinderung folgt (Viebrok 2003).

Medizinische Beiträge sind im Wesentlichen mit Fragen der Begutachtung befasst (Stadtland et al. 2004) oder aber im Zusammenhang mit Rehabilitationsverfahren entstanden (Gündel et al. 2003). Anders als etwa in den skandinavischen Ländern (Krokstad et al. 2002; Krokstad und Westin 2004) und anders als zum Teil auch im angelsächsischen Bereich (Butterworth et al. 2006; Buxton et al. 2005) fehlen hierzulande grundlegende sozialmedizinische bzw. epidemiologische Daten über die Hintergründe und mögliche Ursachen des Berentungsgeschehens.¹ Deutsche Untersuchungen sind lediglich über einzelne Personengruppen oder Branchen veröffentlicht worden (Arndt et al. 2005).

¹ „Only a relatively small number of German studies have investigated why people become disabled or why they are receiving disability pensions.“ (Viebrok 2003: 198).

Unter einer soziologischen und epidemiologischen Perspektive ist das gesamte Berentungsgeschehen von Interesse, unabhängig von der Frage, ob eine Rehabilitationsmaßnahme vorgenommen wurde oder nicht. Vor allem bei schweren psychischen Störungen (z. B. der Schizophrenie) hat der größte Teil der berenteten Personen keinen Kontakt zu Rehabilitationsverfahren (im Sinne der Rentenversicherung) gehabt. Dies liegt unter anderem an der vergleichsweise geringen Erfolgsaussicht bezüglich der möglichen Integration in den Arbeitsmarkt. Die Scientific Use Files des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung bieten nun eine Gelegenheit, die angesprochene Lücke zumindest ansatzweise zu füllen.

Die nachfolgenden Analysen beziehen sich sowohl auf das Berentungsgeschehen als auch auf berufsbiografische und Einkommensmerkmale vor der Berentung. Der Scientific Use File zur Erwerbsminderungsberentung, der hier zugrunde liegt, informiert auch über grundlegende soziale Merkmale dieser chronisch kranken Population, über die in Deutschland bisher nur wenig und zumeist nicht-repräsentatives Datenmaterial zur Verfügung steht. Der vorliegende Datensatz erlaubt somit Aussagen zur sozialen Inklusion chronisch Kranker und vor allem chronisch psychisch kranker Menschen, die bisher nicht möglich waren (*Eikermann et al. 2005a; Eikermann et al. 2005b; Richter et al. im Druck*).

Die Relevanz psychischer Störungen

Als psychische Störungen werden in diesem Beitrag Krankheitsbilder verstanden, die nach der ‚International Classification of Diseases‘ (ICD-10), Kapitel F, der Weltgesundheitsorganisation kodiert werden. Wie in nahezu sämtlichen Bereichen des Gesundheitssystems müssen medizinischen, rehabilitativen oder auch finanziellen Leistungen eine Klassifizierung und – damit einhergehend – eine Kodierung vorausgehen. Dies gilt auch für den Prozess der Erwerbsminderungsberentung.

Psychische Störungen sind innerhalb des Berentungsgeschehens von zunehmender Bedeutung. Der relative Anteil an den Berentungsdiagnosen ist mittlerweile auf mehr als ein Drittel gestiegen (*Irlé et al. 2006*). Die Hintergründe sind unklar. Diskutiert werden eine tatsächliche Zunahme psychischer Störungen oder eine Enttabuisierung dieser stark stigmatisierten Krankheitsbilder, verbunden mit einer besseren Diagnostik, wobei die zuletzt genannte Hypothese vermutlich eher zutrifft. Eine Reihe epidemiologischer Feldstudien nach dem Zweiten Weltkrieg hat keine wirklich deutlichen Zuwächse bei psychischen Störungen generell festgestellt, allenfalls die Gruppe der depressiven Störungen wird in diesem Zusammenhang als Kandidatin für eine Zunahme gehandelt (*Richter 2003*). Schließlich gilt es die Frage zu stellen, ob die relative Zunahme der Berentungen wegen einer psychischen Störung auch auf nicht ausgeschöpfte medizinische und rehabilitative Maßnahmen zurückzuführen ist, wie es die Ergebnisse einer unlängst publizierten Schweizer Untersuchung nahe legen (*Apfel und Riecher-Rössler 2005*).

Trotz der vermutlich nicht zunehmenden psychiatrischen Morbidität, haben psychische Störungen in der Bevölkerung eine relativ große Krankheitsbedeutung. Die erste umfassende deutsche Feldstudie zu dieser Thematik, die auch einem Teil der nachfolgenden Ausführungen als Vergleichsgrundlage dienen wird, hat ergeben, dass 42,6 Prozent der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens an einer psychischen Störung leiden. Neben dieser sogenannten Lebenszeit-Prävalenz untersuchte die Studie auch die Rate der psychisch kranken Menschen im Jahr vor der Er-

hebung sowie in den letzten vier Wochen vor dem Interview. Hierbei zeigte sich, dass die 12-Monats-Prävalenz 31,1 Prozent betrug und die 4-Wochen-Prävalenz immerhin noch 19,8 Prozent.

Methoden

Die nachfolgenden Analysen basieren auf dem Erwerbsminderungsdatensatz der DRV. Der Scientific Use File SUFRZTN03XVSTEM enthält eine zufällig ausgewählte und anonymisierte 20%-Stichprobe aller Berentungen wegen einer Erwerbsminderung aufgrund von Krankheit bzw. Behinderung der gesetzlichen Rentenversicherung des Jahres 2003. Der Stichprobenumfang beträgt nach Ausschluss der Bezieher von Teilrenten $N=33.646$. Im Datensatz sind neben diversen soziodemografischen und rentenbezogenen Variablen auch nach ICD-10 gruppierte Erst- und Zweitdiagnosen enthalten, aufgrund derer die Betroffenen frühberentet wurden.

Ein Teil der Analysen beruht auf dem Vergleich mit den Resultaten des Zusatzsurveys Psychischen Störungen des Bundesgesundheits surveys (BGS) von 1998/99 (Jacobi et al. 2004a; Jacobi et al. 2004b). Zu diesem Zweck wurden die Diagnosen analog zum BGS gruppiert. Es bestehen allerdings eine Reihe von Unterschieden zwischen den Erwerbsminderungsdaten (EM-Daten) und den BGS-Daten. Die BGS-Daten basieren nicht auf dem ICD-10-Katalog, sondern – wie zumeist in der psychiatrischen Epidemiologie – auf dem ‚Diagnostic and Statistical Manual‘ (DSM-IV) der American Psychiatric Association. Die DSM-Kodierung hat den Vorteil einer Operationalisierung der Symptome, aus denen dann über Algorithmen die letztendlichen Diagnosen bestimmt werden. Dies ist beim ICD-10 nicht der Fall, hier werden die Diagnosen eher beschreibend erstellt. Darüber hinaus handelt es sich bei den Diagnosen im EM-Datensatz um klinische Diagnosen durch Gutachterinnen oder Gutachter. Ein weiterer Unterschied ist die Tatsache, dass im BGS nicht zwischen Haupt- und Nebendiagnosen differenziert wird. Sämtliche Diagnosen sind gleichwertig, sofern sie den relevanten Cut-off der Symptomanzahl und -schwere überschritten haben. Dies hat zur Folge, dass für einzelne Personen eine Vielzahl von Diagnosen erstellt wurde. Bei 10 Prozent der als psychisch krank diagnostizierten Personen im BGS sind mehr als drei Diagnosen beschrieben worden. Dies ist wiederum bei den EM-Daten nicht der Fall. Wie üblich im deutschen Gesundheitssystem werden von den Gutachtern Hauptdiagnosen festgelegt, auf deren Basis dann die Frühberentung erfolgt. Im EM-Datensatz ist zusätzlich noch eine Nebendiagnose enthalten. Bei den Vergleichen zum BGS werden die Diagnosen jedoch gleich gewichtet.

Ergebnisse

Deskriptive Resultate

Als psychische Störungen wurden hier alle ICD-10-F-Diagnosen sowie die Diagnose einer alkoholischen Lebererkrankung definiert. Sie machen 27,1% der Frühberentungen im Jahr 2003 aus ($N=9.115$). **Tabelle 1** informiert über die grundlegende Geschlechtsverteilung in der Stichprobe und die Verteilung der Erstdiagnosen, nach denen die Berentung erfolgte. Innerhalb der psychischen Störungen stellen depressive Störungen mit 26 Prozent die größte Gruppe. Nahezu gleich häufig sind schizophrene Störungen, die zu einer Gruppe zusammengefasst

Belastungsreaktionen und somatoformen Störungen sowie die Abhängigkeit von Alkohol. Der Anteil berenteter Frauen ist innerhalb der Diagnosegruppe der psychischen Störungen im Vergleich zu den somatisch Erkrankten deutlich größer. Dies ist insbesondere auf die hohen Anteile von Frauen in den Diagnosegruppen der depressiven Störungen, der Angst-, somatoformen und sonstigen neurotischen Störungen sowie der Belastungsreaktionen zurückzuführen. Erwartungsgemäß überwiegen Männer bei der Alkoholabhängigkeit deutlich. Auch bei den schizophrenen Störungen ist ihr Anteil etwas größer.

In **Tabelle 2** wird die Einkommenssituation der berenteten Personen im Vorjahr vor der Berentung beschrieben. Es wird deutlich, dass psychisch kranke Männer im Median deutlich geringere Arbeitseinkommen im Vergleich zu den Berenteten mit somatischen Krankheiten haben. Das Median-Bruttoeinkommen liegt bei etwas mehr als 7.100 Euro im Jahr. Das Median-Bruttojahreseinkommen somatischer kranker Männer liegt mehr als doppelt so hoch. Es wird jedoch deutlich, dass die vergleichsweise schlechte Einkommensposition psychisch kranker Männer im Wesentlichen auf die sehr geringen Jahreseinkommen von Personen mit einer Alkoholabhängigkeit und Personen mit einer schizophrenen Störung zurückzuführen sind. Die interne Differenzierung der Einkommen ist relativ ausgeprägt. Während das Median-Jahreseinkommen depressiver Patienten bei knapp 20.000 Euro liegt, beträgt das Einkommen der alkoholabhängigen im Median etwas mehr als 4.000 Euro im Jahr.

Das Einkommen der Frauen weist keine derart deutlichen Unterschiede zwischen somatischen und psychiatrischen Krankheiten auf. Innerhalb der psychischen Störungen finden sich allerdings ähnliche Differenzierungen, auch hier sind Frauen mit einer Schizophrenie und alkoholabhängige Frauen erheblich schlechter gestellt als die anderen Gruppen berenteter Frauen.

Die nachfolgenden Analysen beziehen sich wegen der häufigen familiären Einschränkungen auf das Arbeitsleben von Frauen nur auf Männer. Als kumulierter Indikator für die Inklusion in den Arbeitsmarkt werden in **Tabelle 3** die Beitragszeiten zur gesetzlichen Rentenversicherung beschrieben. Es wird deutlich, dass die psychisch kranken Männer in dieser Stichprobe im Laufe ihres Lebens 53 Monate weniger sozialversicherungspflichtig gearbeitet haben als Männer mit somatischen Erkrankungen. Das liegt nur zum Teil am durchschnittlich früheren Berentungsalter. In der rechten Spalte der Tabelle finden sich daher Angaben einer varianzanalytischen Methode, mit deren Hilfe die Effekte einer möglichen späteren Arbeitsaufnahme und einer möglichen früheren Berentung über eine Adjustierung herausgerechnet wurden (geschätzte Randmittel). Auch nach dieser Adjustierung weisen psychisch kranke Männer im Mittel immer noch eine um ca. 16 Monate geringere Lebensarbeitszeit im Vergleich zu somatisch erkrankten Männern auf. Auch hier schlagen die Effekte der an einer Schizophrenie sowie der an einer Alkoholabhängigkeit erkrankten Männer besonders zu Buche. Personen aus diesen beiden Krankheitsgruppen arbeiten im Laufe ihres Lebens sowohl bei den nicht adjustierten Zeiten als auch bei den adjustierten Zeiten erheblich weniger als die Männer aus den übrigen Krankheitsgruppen.

Menschen mit psychischen Störungen werden im Mittel einige Jahre früher berentet als Menschen mit körperlichen Erkrankungen. **Abbildung 1** zeigt die Verteilung des Renteneintrittsalters für die somatischen Krankheiten als eine Gruppe und differenziert nach den verschiedenen psychischen Störungen. Während einzelne Störungsgruppen wie die Depression tendenziell ein ähnliches Altersmuster in der Berentung aufweisen wie körperliche Erkrankungen, fällt insbesondere die Berentung wegen einer schizophrenen Psychose aus dem Rahmen. Im Median

werden Menschen mit einer Schizophrenie ca. 8 Jahre eher berentet als Menschen mit anderen psychischen Störungen. Die ersten 10 Prozent der Betroffenen in dieser Diagnosegruppe sind schon im Alter von 30 Jahren berentet.

Die ausgezahlten Rentenbeträge pro Monat finden sich in **Tabelle 4**. Es fällt zunächst auf, dass die offensichtlichen berufsbiografischen Unterschiede zwischen psychischen Störungen und somatischen Erkrankungen sich nicht unmittelbar auf die Rentenhöhe niederschlagen. Die Differenzen zwischen beiden Gruppen sind relativ gering. Erstaunlich ist auch die höhere Rente für Frauen mit psychischen Störungen in Relation zur Vergleichsgruppe mit körperlichen Krankheiten. Offenbar spielen in die Rentenhöhe noch weitere Faktoren hinein als die reine Arbeitsbiografie und die damit verbundene Einkommenshöhe.²

Vergleich zum Zusatzsurvey ‚Psychische Störungen‘ des Bundesgesundheitsurvey

Der Datensatz zur Erwerbsminderungsberentung enthält, epidemiologisch ausgedrückt, die Inzidenz neuer Berentungsfälle. Obwohl nicht identisch in der Fragestellung und im Studiendesign, bietet der Ende der 1990er Jahre durchgeführte Bundesgesundheitsurvey eine Vergleichsfolie, vor deren Hintergrund sich möglicherweise Besonderheiten im Berentungsgeschehen abbilden lassen. Eine Auswertungsrichtung ist die relative Häufigkeit einzelner psychischer Störungsbilder in der Bevölkerung (Prävalenz) im Vergleich zur Erwerbsminderung. Eine weitere Möglichkeit ist der Ost-West-Vergleich bezüglich der Rate der psychischen Störungen.

In **Tabelle 5** findet sich ein Vergleich ausgewählter Verhältnisse der Häufigkeiten zwischen der 12-Monats-Prävalenz im Bundesgesundheitsurvey (BGS) und dem EM-Datenfile. Dargestellt sind jeweils die Prävalenz- bzw. Inzidenz-Raten sowie die jeweilige Verhältniszahl der affektiven Störungen zu den anderen Störungsbildern. Die angegebenen Raten sind nicht vergleichbar, da die BGS-Raten sich auf alle untersuchten Personen beziehen, somit auch auf Gesunde. Dagegen sind im EM-Datensatz *per definitionem* nur Erkrankte enthalten. Des Weiteren ist zu beachten, dass die Gruppierungen analog zur Publikation der Resultate des BGS erfolgten und nicht direkt mit den Angaben in den vorherigen Tabellen zu vergleichen sind.

Bei genauerem Hinschauen fällt auf, dass substanzbezogene Störungen und Psychosen bei den Erwerbsminderungsdaten relativ häufiger in Relation zu den affektiven Störungen vorkommen als dies dem BGS nach zu erwarten wäre. Während die affektiven Störungen im BGS 2,6mal häufiger als substanzbezogene Störungen vorkommen, ist dies im EM-Datensatz nur 1,7mal so häufig der Fall. Noch größer ist die Differenz zu den Psychosen. Im BGS treten affektive Störungen 4,6mal häufiger auf, im EM-File aber nur 2,1mal. Dagegen werden Personen mit Angststörungen und insbesondere mit somatoformen Störungen im Vergleich zu den affektiven Störungen deutlich weniger berentet als das dem EM-Datensatz nach zu erwarten wäre. Diese Daten lassen darauf schließen, dass das Erwerbsminderungsrisiko bei bestimmten Krankheitsbildern erheblich höher ist. Personen mit einer schizophrenen Psychose oder mit einer Abhängigkeitserkrankung werden häufiger berentet als etwa Personen mit Angst- oder somatoformen Störungen.

² Sowohl zum Berentungsalter als auch zur Rentenhöhe finden sich weitere Auswertungen im Beitrag von Rohm und Richter in diesem Band.

Ein interessanter epidemiologischer Vergleich der Erkrankungshäufigkeit im BGS und der Berentung zwischen Ost- und Westdeutschland findet sich in **Tabelle 6**. Entgegen den landläufigen Vermutungen war Ende der 1990er Jahre die Prävalenz psychischer Störungen in Ostdeutschland geringer als im Westen. Und dies war sowohl insgesamt als auch bei einzelnen Störungsbildern der Fall. Dieser Trend spiegelt sich auch bei den Berentungen wider. Bei nahezu sämtlichen psychischen Störungen ist die Rate der Erwerbsminderungsberentungen im Westen höher als im Osten Deutschlands. Einzige und sehr auffällige Ausnahme ist die Berentung wegen Suchtmitteln. Während die epidemiologischen Grunddaten des BGS eine höhere Rate von Abhängigkeitserkrankungen im Westen zeigten, ist die Berentungsquote in Ostdeutschland fast doppelt so hoch wie im Westen.

Diskussion

Auf der Basis des SUF zum Erwerbsminderungsrentenzugang der Deutschen Rentenversicherung Bund können wichtige epidemiologische und soziologische Fragestellungen zu dieser Thematik beantwortet werden. Hinsichtlich des epidemiologischen Bereichs ist deutlich geworden, dass über 50 Prozent der Berentungsfälle auf die Hauptdiagnosen Depression, Angst- und sonstige neurotische Störungen sowie Belastungsreaktionen und somatoforme Störungen entfallen. In dieser Krankheitsgruppe entfallen wiederum knapp zwei Drittel der Fälle auf Frauen. Bei der anderen Hälfte der Berentungsfälle sind überwiegend Männer betroffen. Es handelt sich dabei schwerpunktmäßig um schizophrene Erkrankungen sowie um die Abhängigkeit von Alkohol.

Im Vergleich zur Epidemiologie psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung, für die hier die Resultate des Bundesgesundheits surveys herangezogen wurden, konnte gezeigt werden, dass nicht alle psychischen Störungen gleichermaßen zur Berentung führen. Bei einer Schizophrenie oder einer Alkoholabhängigkeit ist das Berentungsrisiko deutlich größer als es bei einer Angststörung der Fall ist. Im Ost-West-Vergleich der Berentungen wegen einer psychischen Störung zeigte sich die gleiche Tendenz wie in der Allgemeinbevölkerung, im Osten Deutschlands ist die Berentungsrate niedriger als im Westen. Die auffällig hohe Rate der Berentungen wegen einer Alkoholabhängigkeit in Ostdeutschland steht in keinem Zusammenhang mit der zugrunde liegenden Epidemiologie in der Allgemeinbevölkerung. Dieser Umstand bedarf sicherlich noch eingehenderer Untersuchungen.

Die Lebensalter der Berentung für einzelne Krankheitsbilder weichen erheblich voneinander ab. Vor allem werden Menschen mit einer schizophrenen Störung relativ früh berentet. Die ersten 10 Prozent der berenteten schizophrenen Patienten waren noch keine 30 Jahre alt. Dieses Faktum ist sowohl individuell für die Betroffenen als auch sozialpolitisch nicht optimal. In individueller Hinsicht ist davon auszugehen, dass ein Großteil der berenteten Personen bis zu ihrem Lebensende nicht adäquat beschäftigt wird. Und sozialpolitisch ist auf die hohen Kosten hinzuweisen, die mit einer frühen Berentung zusammenhängen. Hier bedarf es neuer und innovativer Ansätze, um jüngere psychisch kranke Menschen vor dem Ausschluss aus dem Erwerbsleben zu bewahren. Die gegenwärtig angewandten Verfahren der Arbeitsrehabilitation in Deutschland sind offenbar kaum in der Lage, diese Exklusionstendenzen zu verhindern.

Die SUF-Merkmale zur Einkommenssituation und zu den Beitragszeiten zur Rentenversicherung erlauben relativ repräsentative Rückschlüsse auf die soziale Situation chronisch psychisch kranker Menschen in Deutschland vor der Berentung. Während frühere Studien in der Regel nur klinische Stichproben untersucht haben, besteht mit dem SUF zum Erwerbsminderungsrentenzugang die Gelegenheit, die Gruppe der chronisch psychisch kranken Menschen umfassender als bisher deskriptiv zu analysieren. Für die Gesamtgruppe der männlichen psychisch Kranken wurde festgestellt, dass sowohl das Einkommen deutlich niedriger als bei somatisch kranken Menschen ist als auch die Beitragszeiten erheblich geringer waren. Dieser statistische Befund ist zu einem großen Teil auf die soziale Situation schizophrener und alkoholabhängiger Männer zurückzuführen. Die Betroffenen aus diesen beiden Diagnosegruppen haben offensichtlich ein besonderes Risiko, aus dem Erwerbsleben exkludiert zu werden. Als Hintergrund dürften krankheitsbedingte Einschränkungen im kognitiven Bereich, aber auch in der sozialen Lebensführung eine Rolle spielen.

Überraschend war schließlich, dass sich die beschriebenen sozialen und erwerbsbiografischen Unterschiede der einzelnen Krankheitsbilder nicht in den Rentenzahlbeträgen wiederfinden ließen. Offenbar spielen hier noch weitere rententechnische Merkmale eine Rolle, die über die Beitragszeiten und Beitragshöhe als entscheidende Variablen für die Höhe des Rentenzahlbetrags hinausgehen.

Der vorliegende Beitrag hat anhand ausgewählter Variablen – nach Einschätzung und Wissen des Autors – die erste repräsentative Darstellung über Frühberentungen aufgrund einer psychischen Störung in Deutschland geliefert. Damit ist für die Erforschung dieser nicht unerheblichen individuellen und sozialpolitischen Thematik eine Basis geschaffen worden, die es weiter auszubauen gilt.

Literatur

- Apfel, T. & Riecher-Rössler, A. (2005). Werden psychisch Kranke zu schnell in die Rente „abgeschoben“? Querschnittserhebung anhand von 101 psychiatrischen Gutachten für die Invalidenversicherung aus dem Jahr 2002 an der Psychiatrischen Poliklinik Basel. *Psychiatrische Praxis*, 32, 172-176.
- Arndt, V., Rothenbacher, D., Daniel, U., Zschenderlein, B., Schubert, S., & Brenner, H. (2005). Construction work and risk of occupational disability: A ten year follow-up of 14474 workers. *Occupational and Environmental Medicine*, 62, 559-566.
- Berkel, B. & Börsch-Supan, A. (2004). Pension reforms in Germany: The impact on retirement decisions. *Finanz-Archiv*, 60, 393-421.
- Butterworth, P., Gill, S. C., Rodgers, B., Anstey, K. J., Villamil, E., & Melzer, D. (2006). Retirement and mental health: Analysis of the Australian national survey of mental health and well-being. *Social Science and Medicine*, 62, 1179-1191.
- Buxton, J. W., Singleton, N., & Melzer, D. (2005). The mental health of early retirees: National interview survey in Britain. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 99-105.

- Eikermann, B., Reker, T. & Richter, D. (2005a). Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker - Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 73, 664-673.
- Eikermann, B., Zacharias-Eikermann, B., Reker, T. & Richter, D. (2005b). Integration psychisch Kranker: Ziel ist die Teilnahme am ‚wirklichen‘ Leben. *Deutsches Ärzteblatt*, 102, A1104-A1110.
- Gündel, H., Stadtland, C. & Huber, D. (2003). Sozialmedizinische Begutachtung und psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungsempfehlung bei Patienten mit somatoformen Beschwerden und Rentenwunsch. *Psychotherapie und Psychologische Medizin*, 53, 250-257.
- Irlé, H., Fischer, K. & Grünbeck, P. (2006). Entwicklung in der Rehabilitation bei psychischen Störungen. *RVaktuell*, 62-70.
- Jacobi, F., Hoyer, J. & Wittchen, H. U. (2004a). Seelische Gesundheit in Ost und West: Analysen auf der Grundlage des Bundesgesundheits surveys. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33, 251-260.
- Jacobi, F., Wittchen, H., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, H. & Lieb, R. (2004b). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611.
- Krokstad, S., Johnsen, R. & Westin, S. (2002). Social determinants of disability pension: A 10-year follow-up of 62000 people in a Norwegian county population. *International Journal of Epidemiology*, 31, 1183-1191.
- Krokstad, S. & Westin, S. (2004). Disability in society - medical and non-medical determinants for disability pension in a Norwegian total county population study. *Social Science and Medicine*, 58, 1837-1848.
- Richter, D. (2003). *Psychisches System und soziale Umwelt: Soziologie psychischer Störungen in der Ära der Biowissenschaften*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Richter, D., Eikermann, B. & Reker, T. (im Druck). Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch Kranker. *Das Gesundheitswesen*.
- Siddiqui, S. (1997). The pension incentive to retire: Empirical evidence for West Germany. *Journal of Population Economics*, 10, 463-486.
- Stadtland, C., Schütt, S., Nedopil, N. & Gündel, H. (2004). Somatoforme Störungen und Frühberentung: Eine empirische Evaluation der Begutachtungspraxis und Risikofaktoren. *Nervenheilkunde*, 23, 567-571.
- Stattin, M. (2005). Retirement on grounds of ill health. *Occupational and Environmental Medicine*, 62, 135-140.
- VDR (2004). VDR Statistik Rentenzugang 2003. Frankfurt: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.
- Viebrok, H. (2003). Disability pensions in Germany. In C. Prinz (Ed.), *European Disability Pension Policies: 11 Country Trends 1970-2002* (pp. 197-224). Aldershot: Ashgate.

Anhang

Tabelle 1: Verteilung der Erstdiagnosen und Anteil weiblicher Personen in der Stichprobe

	Anteil (%)	Anteil Frauen (%)
somatische Krankheiten	72,9	39,1
psychische Störungen	27,1	51,7
davon		
Alkoholabhängigkeit	15,3	18,2
Schizophrenie	16,5	45,9
Depression	26,4	65,0
Angst- und sonst. neurot. Störung	10,3	64,8
Belastungsreaktion und somatof. Störung	15,5	66,9
sonstiges	16,0	45,0

Quelle: FDZ-RV – SUFRZTN03XVSTEM, eigene Berechnungen.

Tabelle 2: Bruttojahreseinkommen im Vorjahr vor der Berentung in Euro nach Geschlecht (Median)

	Frauen	Männer
somatische Krankheiten	10.341,0	15.585,5
psychische Störungen	9.338,0	7.146,0
davon		
Alkoholabhängigkeit	4.049,0	4.093,0
Schizophrenie	6.142,0	5.405,0
Depression	13.134,0	19.571,0
Angst- und sonst. neurot. Störung	9.682,0	13.460,5
Belastungsreaktion und somatof. Störung	10.929,0	14.435,0
sonstiges	6.182,0	7.566,0

Quelle: FDZ-RV – SUFRZTN03XVSTEM, eigene Berechnungen.

Tabelle 3: Mittlere vollwertige Beitragszeiten zur gesetzlichen Rentenversicherung in Monaten (Männer); geschätzte Randmittel

	nicht adjustiert	adjustiert*
somatische Krankheiten	297,6	287,3
psychische Störungen	244,1	271,7
davon		
Alkoholabhängigkeit	274,6	247,9
Schizophrenie	146,4	243,9
Depression	322,1	277,0
Angst- und sonst. neurot. Störung	279,6	264,8
Belastungsreaktion und somatof. Störung	315,0	277,3
sonstiges	236,0	250,0

* adjustiert für Renteneintrittsalter und Alter des ersten Beitrags

Quelle: FDZ-RV – SUFRTZN03XVSTEM, eigene Berechnungen.

Tabelle 4: Rentenzahlbeträge pro Monat in Euro (Median) nach Geschlecht

	Frauen	Männer
somatische Krankheiten	612,0	688,0
psychische Störungen	649,0	682,0
davon		
Alkoholabhängigkeit	649,0	633,0
Schizophrenie	620,0	628,0
Depression	670,0	837,0
Angst- und sonst. neurot. Störung	666,0	750,0
Belastungsreaktion und somatof. Störung	631,0	756,0
sonstiges	634,0	649,0

* adjustiert für Renteneintrittsalter und Alter des ersten Beitrags

Quelle: FDZ-RV – SUFRTZN03XVSTEM, eigene Berechnungen.

Tabelle 5: Vergleich der Raten und Verhältnisse zwischen affektiven Störungen und anderen Störungsbildern zwischen dem Bundesgesundheitsurvey (BGS) und dem SUF-Erwerbsminderungsfile (EM)

	BGS Rate (%)*	BGS Verhältnis**	EM Rate (%)	EM Verhältnis**
Affektive Störungen	11,9	–	36,7	–
Substanzbezogene Störungen	4,5	2,6	21,3	1,7
Psychosen	2,6	4,6	17,9	2,1
Angststörungen	14,5	0,8	9,5	3,9
somatoforme Störungen	11,0	1,1	14,5	2,2

* 12-Monats-Prävalenz; Quelle: FDZ-RV – SUFRTZN03XVSTEM und BGS-Daten: *Jacobi et al.* 2004b, eigene Berechnungen.

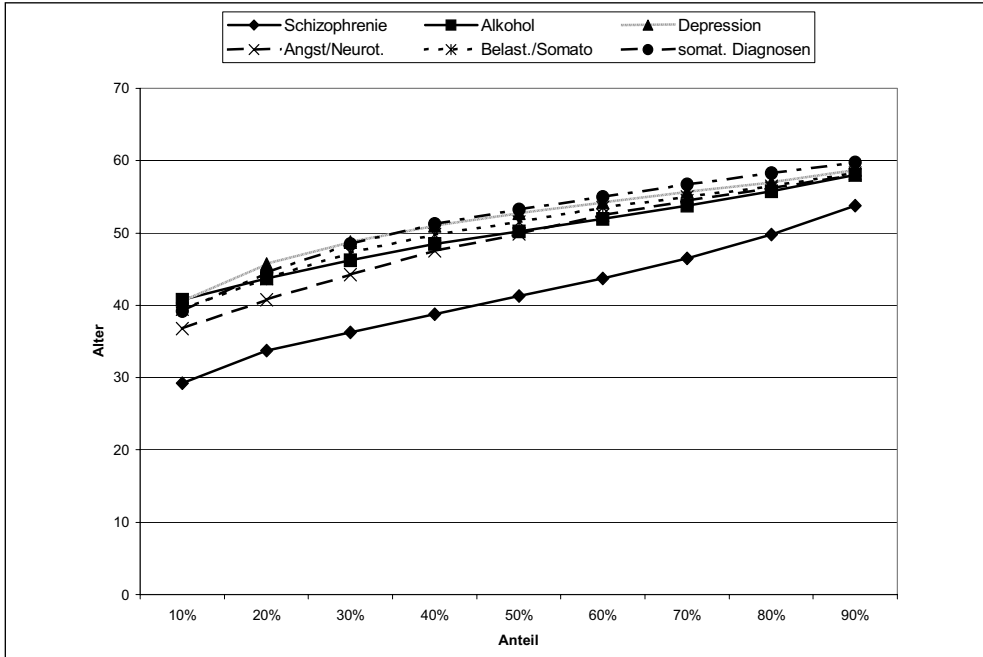
** dargestellt ist das Verhältnis der Höhe affektiver Störungen zu den anderen Störungsgruppen; bei den Raten handelt es sich um Mehrfachnennungen (siehe Erläuterungen im Methodenteil)

Tabelle 6: Vergleich der Raten zwischen Bundesgesundheitsurvey (BGS) und SUF-Erwerbsminderungs-Datensatz (EM) nach West- und Ost-Deutschland

	BGS West	BGS Ost	EM West	EM Ost
Affektive Störungen	12,6	9,3	38,5	29,1
Substanzbezogene Störungen	4,8	3,3	18,0	32,3
Psychosen	2,8	1,7	19,1	13,4
Angststörungen	14,5	14,4	9,9	7,8
somatoforme Störungen	11,6	8,6	14,6	14,5

Quelle: FDZ-RV – SUFRTZN03XVSTEM und BGS-Daten: *Jacobi et al.* 2004a, eigene Berechnungen.

BGS-Daten: 12-Monats-Prävalenz

Abbildung 1: Kumulierte Verteilung des Berentungsalters

Quelle: FDZ-RV – SUFRTZN03XVSTEM, eigene Berechnungen.

Dirk Richter, PD Dr. phil., Jg. 1962, nach Ausbildung und Berufstätigkeit in der psychiatrischen Krankenpflege Soziologie-Studium, -Promotion und -Habilitation an der Universität Münster. Seit 1994 Mitarbeiter der Westfälischen Klinik Münster, hier verantwortlich für Qualitätsmanagement und Forschung, seit 2003 Privatdozent am Institut für Soziologie der Universität Münster. Aktuelle Forschungsbereiche: Soziologie und Sozialpolitik bei psychischen Störungen, Gewalt in psychiatrischen Einrichtungen, Evaluation und Qualitätsmanagement. E-Mail: dirk.richter@uni-muenster.de

Das **Institut für Soziologie der Westf. Wilhelms-Universität Münster** hat die Forschungsschwerpunkte Modernisierung, Sozialer Wandel, Integration und Desintegration, Sozialisations- und Bildungsforschung. Die **Westfälische Klinik Münster** ist eine psychiatrische Klinik der Regelversorgung in der Trägerschaft des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe.