

Erwerbsminderungsrente aufgrund einer psychischen Störung: Welche Rolle spielt das Geschlecht der Versicherten?

Stefanie Rohm / PD Dr. Dirk Richter

Institut für Soziologie, Westf. Wilhelms-Universität Münster

Einleitung

Die Frage im Titel dieses Beitrags ist natürlich rhetorisch: Der Prozess der Frühberentung wegen einer psychischen Störung ist kein geschlechtsneutraler Vorgang. Das Geschlecht der Versicherten spielt sowohl hinsichtlich der Ursachen für eine psychische Störung als auch bezüglich der Erwerbsverläufe der Versicherten eine erhebliche Rolle. Und genau diese Konstellation macht die Problematik soziologisch wie auch sozialpolitisch interessant. Berentungsrisiken, Lebensläufe und Erwerbsverläufe können somit auf ihre Geschlechtsspezifik hin untersucht werden, um zu verstehen, in welchen jeweiligen Lebenssituationen Männer und Frauen aufgrund psychischer Störungen frühberentet werden. Sie haben nicht nur biologisch bzw. genetisch unterschiedliche Voraussetzungen und erkranken deshalb an bestimmten Krankheiten unterschiedlich häufig. Männer und Frauen sind institutionellen geschlechtsspezifischen Rahmenbedingungen ausgesetzt, sie unterscheiden sich auch im Hinblick auf die von der Gesellschaft an sie gestellten Rollenerwartungen.

Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang ebenfalls, dass Deutschland seit der Wiedervereinigung zu Beginn der 1990er-Jahre mit erheblichen gesellschaftlichen Veränderungen konfrontiert wurde. Gerade der staatliche Zusammenbruch der DDR veränderte die sozialen Strukturen und die gewohnte Lebenssituation der dort lebenden Menschen. Die neuen Arbeitsmarktbedingungen beeinflussten insbesondere die Normal-Erwerbsbiografien der ostdeutschen Frauen. Deswegen sind Ost-West-Unterschiede in der Erwerbsminderung gerade im Hinblick auf geschlechtsspezifische Erwerbsverläufe und damit verbundene Risikofaktoren von Interesse. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede sollen im weiteren Beitrag ebenfalls gesondert berücksichtigt werden. Bevor jedoch die Daten eingehender analysiert werden, sollen zu Beginn einige Aspekte dieses Themenfeldes etwas eingehender beleuchtet werden, nämlich der Zusammenhang von Geschlecht und Erwerbsarbeit, von Geschlecht und psychischen Störungen sowie von Geschlecht und Frühberentungen.

Geschlecht und Erwerbsarbeit

Mit der Bildungsexpansion in den 1960er-Jahren hat auch die Integration von Frauen in den Arbeitsmarkt zugenommen. Seitdem sehen sich Frauen zunehmend mit der Doppelbelastung von Familie und Beruf konfrontiert, was sich unter anderem darin zeigt, dass sie häufig nur einer Nebentätigkeit nachgehen bzw. mit reduzierter Stundenzahl arbeiten oder Lücken im Erwerbsverlauf aufweisen, die sich aus Erziehungszeiten und Betreuung für (Klein-)Kinder ergeben. Die sozial- und familienpolitischen Institutionen in Deutschland, und hier vor allem im Westen, orientieren sich nämlich nach wie vor am Leitbild des männlichen Familienernährers (Falk 2005). Das

zeigt sich sowohl in der Steuerpolitik als auch im Angebot der Kinderbetreuungseinrichtungen. Insbesondere der (in letzter Zeit heftig umstrittene) Erziehungsurlaub institutionalisiert die Geschlechtsspezifik im Erwerbsverlauf von Frauen. Erhebliche geschlechtsspezifische Einkommensunterschiede, Ehegattensplitting, ein Mangel an Kindertagesstätten usw. verweisen Frauen an die Stelle der Hausfrau, Vollzeit-Mutter oder Zuverdienerin.

Dies trifft jedoch nur auf einen Teil aller deutschen Frauen zu. Es ist bekannt, dass die Frauenerwerbsquote in der ehemaligen DDR sehr hoch war, weil der geringe Automatisierungsgrad der Industrie durch Arbeitskräfte kompensiert werden musste, und so die kontinuierliche Vollzeitenerwerbstätigkeit als Norm sowohl für Männer als auch für Frauen galt. Gefördert wurde die Frauenerwerbsarbeit mittels ausgebauter Kinderbetreuungsangebote und zahlreicher familien- und sozialpolitischer Gesetze. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass sich die ostdeutsche Arbeitskräfteregulierung durch eine geschlechtsspezifische Rekrutierungspraxis auszeichnete. Mehr als 30 Prozent der weiblichen Erwerbstätigen arbeiteten in nahezu reinen Frauenberufen (ebd.: 104). Seit der Wiedervereinigung und den damit einhergehenden strukturellen Veränderungen, die sich nicht nur aber vor allem am Arbeitsmarkt bemerkbar machten, sank im Allgemeinen die Arbeitskräftenachfrage und die ostdeutschen weiblichen Erwerbsverläufe sahen sich mit einer Ent-Standardisierung und erhöhter Diskontinuität konfrontiert, wobei der Beschäftigungsabbau keineswegs geschlechtsneutral verlief (ebd.: 110). Die häufigsten Beschäftigungsverluste für Frauen finden sich im Produktionssektor, denen lediglich geringe Beschäftigungsgewinne im Dienstleistungssektor gegenüberstehen. Trotz der erhöhten Arbeitslosigkeit hat sich die Erwerbsneigung ostdeutscher Frauen nicht geändert. Analysen der deutschen Arbeitsmarktforschung haben gezeigt, dass der Anteil erwerbstätiger Frauen in Ostdeutschland immer noch relativ hoch und Teilzeitarbeit für Frauen weniger verbreitet ist im Vergleich zu Westdeutschland. Zudem nehmen ostdeutsche Frauen den Erziehungsurlaub für kürzere Zeit in Anspruch und kehren auch häufiger nach dessen Ablauf in die Erwerbsarbeit zurück (ebd.: 113).

Ein weiterer geschlechtsspezifischer Unterschied am Arbeitsmarkt macht die Art der Arbeitsplätze aus. Lange galt in der Berufspraxis eine geschlechtsspezifische Segregation, wonach Männer vorwiegend in *körperlich* anspruchsvollen Berufen tätig waren oder aber „in Berufen mit Ansehen“, wo sie gut verdienen. Wenn Frauen einer Erwerbstätigkeit nachgehen, findet man sie häufig in Sozial- oder Gesundheitsberufen, die unterdurchschnittlich bezahlt werden und ein großes psychisches Belastungspotential in sich tragen.

Geschlecht und psychische Störungen

Die Prävalenz psychischer Störungen zeigt kulturübergreifend Geschlechterunterschiede. Das Verhältnis von psychisch kranken Frauen zu psychisch kranken Männern liegt ca. bei 2:1, welches auch nicht durch andere Einflussfaktoren wie beispielsweise den sozioökonomischen Status erklärt werden kann (Klose und Jacobi 2004). Dieses Verhältnis gilt für die häufigen Störungsbilder wie Depression, Angststörung und somatoforme Störungen. Ausnahmen bilden die Substanzstörungen und Psychosen (insb. Schizophrenie). Während sich bei den Psychosen das Geschlechterverhältnis nahezu annähert, ist bei den Suchterkrankungen die Prävalenz der Männer erheblich höher. Vor allem an einer alkoholbedingten Störung erkranken fünfmal mehr Männer als Frauen.

Das Störungsbild der Schizophrenie weicht von den übrigen psychischen Störungen deutlich ab. Das Lebenszeitrisko, an einer Schizophrenie zu erkranken, ist für beide Geschlechter zwar ähnlich, allerdings gibt es Geschlechtsunterschiede im Erkrankungsalter. Es ist bekannt, dass Frauen im Schnitt vier bis fünf Jahre später erkranken und zumeist einen günstigeren Krankheitsverlauf aufweisen als Männer. Zudem zeigen schizophrene Frauen ein anderes Krankheitsverhalten und andere Symptome, schizophrene Männer dagegen sind häufig von Komorbidität betroffen (Ebner und Fischer 2004). Da die Erkrankung gerade bei männlichen Schizophrenen bereits im frühen Erwachsenenalter ausbricht, haben sie nicht selten eine ungünstige Krankheits- und Sozialprognose. Betroffene haben oftmals Schwierigkeiten ihre Beziehungsnetze zu pflegen und eine stabile Partnerschaft aufzubauen, was zu Isolierung und einem Mangel an Ressourcen zur Genesung führen kann (Richter 2003). Dass der Einstieg ins Erwerbsleben und das Verbleiben in einem Beruf mit ähnlichen Problemen verbunden ist, liegt auf der Hand.

Für die Depression ist bekannt, dass bei Frauen oft im frühen Erwachsenenalter erstmals depressive Episoden auftreten, die ihren Höhepunkt im mittleren Lebensalter haben und nach der postmenopausalen Phase wieder absinken (Ebner und Fischer 2004: 80). Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass Depressionen nicht ausschließlich durch biogenetische Faktoren ausgelöst werden, sondern kritische Lebensereignisse, chronische Stressoren und eine entsprechende soziale Vulnerabilität das Auftreten von depressiven Störungen begünstigen. Charakteristisch ist dabei, dass die Lebensereignisse, die für einen depressiven Verlauf mit verantwortlich sind, oftmals soziale Beziehungen betreffen, die eine emotionale Qualität für die Betroffenen haben. Trennungen und Verluste spielen dabei eine nicht zu unterschätzende Rolle (Brown 1998; Fabian und Becker 2001). Selbstverständlich sind depressive Störungen keinesfalls nur auf Frauen beschränkt; wie jedoch schon erwähnt wurde, liegt die weibliche Erkrankungsquote erheblich über der männlichen.

Es ist verschiedentlich darüber spekuliert worden, ob die hohe Rate des Substanzmittelkonsums und auch der Abhängigkeit von Substanzmitteln bei Männern das Analogon zu den depressiven Störungen bei Frauen darstellt (Richter 2003). Ein Grund für diese Spekulation ist die nicht unerhebliche depressive Komorbidität alkoholabhängiger Männer. Allerdings sind die Ursachenkonstellationen durchaus unterschiedlich möglich, die Depression kann dem erhöhten Alkoholkonsum vorausgehen, sie kann aber auch eine Folge des Konsums und der nachfolgenden Abhängigkeit sein. Der Einstieg in den Substanzmissbrauch wird vorwiegend durch soziale Umweltfaktoren bedingt und liegt meist in der Peer-Group begründet (Richter 2003). In der Adoleszenz geht Risikoverhalten oft mit Drogenkonsum einher. Diese Kombination aus Risikoverhalten und Drogenkonsum ist bei jüngeren Männern erheblich ausgeprägter als bei Frauen, daher ist das männliche Risiko der Initiierung und Aufrechterhaltung eines übermäßigen Suchtmittelkonsums deutlich größer als dies bei Frauen der Fall ist. Die Aufrechterhaltung riskanter Konsummuster nach der Adoleszenz können die Betroffenen in dem Maße erkranken lassen, dass die Erwerbsfähigkeit frühzeitig eingeschränkt ist oder es gar nicht erst zur Aufnahme einer Arbeitstätigkeit kommt.

Geschlecht und Frühberentung

Zum Zusammenhang von Geschlecht und Frühberentung gibt es bislang noch wenig Forschungsliteratur. Analysen im europäischen Raum haben gezeigt, dass es international erhebliche Unterschiede in den Anteilen der Geschlechter hinsichtlich des Risikos der Frühberentung

gibt. In den Niederlanden und Skandinavien liegt das relative Zuströmrisiko in die Frührente (Frauen : Männer) zwischen 1,19 und 1,33, es werden also mehr Frauen als Männer frühberentet. Anders in Österreich und Italien: hier liegt das relative Risiko bei 0,39. Großbritannien hat einen Wert von 0,63 vorzuweisen, in Deutschland werden zweimal so viele Männer wie Frauen frühberentet (OECD 2003). Diese Differenzen können sich zum einen aus verschiedenen Berentungssystemen heraus ergeben, die unterschiedliche Möglichkeiten oder Anreize zur Frühberentung bieten. Eine andere, wahrscheinlichere Möglichkeit ist, dass die Partizipation am Arbeitsmarkt und die Arbeitsbedingungen im Zusammenhang mit Frühberentung stehen. Zum Beispiel gehörten Deutschland und Großbritannien zu den klassischen Industrienationen, bevor sie in den letzten Jahrzehnten ihren Dienstleistungssektor ausweiteten. Die Niederlande, Norwegen und andere skandinavische Staaten verfügen schon recht lange über einen ausgebauten Dienstleistungssektor, womit der Arbeitsmarkt unter anderem in der Form umgestaltet wurde, dass mehr Frauen partizipieren konnten. Demzufolge bestimmen unterschiedliche Anteile von Frauen im Erwerbsleben auch die Unterschiede hinsichtlich des Risikos, frühberentet zu werden.

Wie bereits erwähnt, gibt es in Deutschland unterschiedliche Anteile von Frauen in der Erwerbsarbeit, die sich durch die Wiedervereinigung Deutschlands ergeben haben. Die Unterschiede in der Erwerbsbiografie zwischen den Geschlechtern sind im Osten Deutschlands nicht so groß wie im Westen, jedoch ist zu berücksichtigen, dass Frauen grundsätzlich schlechter bezahlt werden und häufiger in betreuenden Tätigkeiten oder Sozialberufen arbeiten, welche ein nicht zu vernachlässigendes Risiko der psychischen Belastung darstellen (*Schwartz et al.* 2004). Die besondere Belastung, der Frauen zumeist durch Beruf und Familie ausgesetzt sind, wurde auch beim Frühberentungsgeschehen für West-Deutschland thematisiert. In einer Studie aus den 1990er Jahren wurde untersucht, wie sich die Wege zur Frühberentung in Deutschland gestalten. Erstaunlicherweise werden Frauen fünfmal häufiger als Männer zum frühestmöglichen Zeitpunkt berentet. Als Erklärung wird angegeben, dass Frauen in bezahlter Erwerbstätigkeit doppelt belastet sind, weil sie oftmals zusätzlich noch einen Haushalt führen oder familienbezogene Aufgaben leisten (*Siddiqui* 1997). So gesehen wäre es also eine logische Folge, dass Frauen eher „ausgebrannt“ sind und aus gesundheitlichen Gründen weniger lange in der Erwerbsarbeit verbleiben können als Männer.

Andere Forschungsarbeiten unterstellen dem Berentungsgeschehen individuelle familienpolitische Entscheidungswege. In ihrer Studie untersuchen *Dahl* und Kollegen (*Dahl et al.* 2003) das Frühberentungsverhalten von Männern und Frauen aus Norwegen. Bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung fällt auf, dass Frauen mit höherer Wahrscheinlichkeit erwerbsunfähig als arbeitslos werden, während das Gegenteil für Männer der Fall ist. Bemerkenswert ist zudem, dass die Frauen in der norwegischen Studie tendenziell später frühberentet werden, d. h. sie arbeiten im Schnitt länger als die Männer. Die Ergebnisse zeigen auch, dass Frauen häufiger verheiratet sind und relativ wenig verdienen, vor allem im Vergleich zu ihrem Ehepartner. Für Männer steigt das Risiko einer Erwerbsminderungsberentung, wenn sie alleinstehend sind und keine abhängigen Kinder im Haushalt leben, bei Frauen ist das Gegenteil der Fall. Unter Einbeziehung sozioökonomischer Variablen wie Bildung und Einkommen lässt sich feststellen, dass ein hoher Sozialstatus sich protektiv auf das Risiko einer behinderungsbedingten Frühberentung auswirkt. Dies gilt insbesondere für Frauen, und bei Frauen ganz besonders für die Variable Einkommen (Frauen mit einem hohen Einkommen haben ein sehr geringes Risiko wegen Arbeitsunfähigkeit berentet zu werden). Es stellte sich zudem heraus, dass hohes Haushalts-

einkommen negativ mit einer Frühberentung korreliert, während der Partner eines Rentenbeziehers ein hohes Risiko hat, ebenfalls frühberentet zu werden. Die Hinzuverdiener-These wurde in diesem Fall nicht bestätigt.

Zu ganz anderen Schlussfolgerungen kommen niederländische Wissenschaftler. Sie argumentieren, dass weniger das Geschlecht der entscheidende Prädiktor zur Frühberentung ist, sondern eher die Frage, für wen es sich zu arbeiten lohnt und wer es sich leisten kann, von der Erwerbsminderungsrente zu leben (*Einerhand* und *van der Stelt* 2005). Sie gehen von der sogenannten „Breadwinner“-Hypothese aus, mit dem Ergebnis, dass diejenige Person, welche die finanzielle Verantwortung trägt, am ehesten nach einem Krankheitsfall ihre Arbeit wieder aufnimmt. Für Männer ist dieser Zusammenhang stärker als für Frauen. Die Ergebnisse zeigen auch, dass Männer mit Kindern nach krankheitsbedingten Ausfalltagen eher dazu neigen, ihre Arbeit wieder aufzunehmen, Frauen mit Kindern dagegen gehen nach einem längeren Krankheitsausfall seltener wieder ihrer Berufstätigkeit nach.

Dass Frauen eher als Männer von Erwerbsminderung betroffen sind, wurde von einer anderen norwegischen Kohortenstudie (*Krokstad* und *Westin* 2004) bestätigt. Als Grund wird unter anderem die zunehmende Partizipation von Frauen am Arbeitsmarkt angenommen. Andere Einflussvariablen auf das Berentungsgeschehen zeigten, dass zum einen ein niedriger sozioökonomischer Status und zum anderen ein hoher Bildungsabschluss positiv mit einem erhöhten Frühberentungsrisiko korrelieren, insbesondere bei Frauen. Im Allgemeinen wurde auch hier die Zunahme von psychiatrischen Diagnosen im Berentungsgeschehen festgestellt. Man versucht das einerseits mit dem wachsenden Arbeitsdruck und damit verbundenen Belastungen zu erklären, andererseits kann auch eine andere Wahrnehmung von Gesundheit bzw. die Entstigmatisierung psychischer Krankheiten zu mehr Akzeptanz einer Erwerbsunfähigkeit aufgrund dessen in der Gesellschaft führen.

Methode

Die nachfolgenden Analysen basieren auf dem Datensatz zum Erwerbsminderungsrentenzugang SUFRTZN03XVSTEM der Deutschen Rentenversicherung Bund. Dieser Datensatz enthält eine zufällig ausgewählte und anonymisierte 20%-Stichprobe aller Berentungen wegen einer Erwerbsminderung aufgrund von Krankheit bzw. Behinderung der gesetzlichen Rentenversicherung des Jahres 2003. Weitere methodische Details, vor allem im Zusammenhang mit den Vergleichsdaten aus dem Bundesgesundheitsurvey, Zusatzsurvey Psychische Störungen, finden sich im Beitrag von *Richter* in diesem Band.

Ergebnisse

Erwerbsminderungsdaten und Bundesgesundheitsurvey im Vergleich

Im Themendatensatz Erwerbsminderung und Diagnosen werden die Rentenzugänge eines Jahres im Zusammenhang mit einer ICD-10-Diagnose erfasst. Als Vergleichsgrundlage soll der Bundesgesundheitsurvey mit dem Zusatz „Psychische Störungen“ von 1998 herangezogen werden, weil er den ersten bundesweiten Survey für diese Fragestellung darstellt und epide-

miologisch die Häufigkeiten psychischer Störungen abbildet. Beide Datensätze lassen eine geschlechtsspezifische und region-bezogene (Ostdeutschland vs. Westdeutschland) Analyse zu. Insofern können beim Vergleich des Datensatzes zum Erwerbsminderungsrentenzugang (EM-Daten) mit dem Gesundheitssurvey sowohl Gemeinsamkeiten als auch geschlechtsspezifische Unterschiede aufgezeigt werden.

In **Tabelle 1** sind die Anteile beider Geschlechter im Zusammenhang mit einer Diagnose und das entsprechende Geschlechterverhältnis dargestellt. Im Großen und Ganzen entsprechen die Geschlechterverhältnisse der EM-Daten den epidemiologischen Ergebnissen des Bundesgesundheits surveys. Während Frauen zweimal so häufig wie Männer an einer affektiven, somatoformen bzw. Angststörung leiden, erkranken Männer fünfmal so häufig wie Frauen an einer Substanzstörung. Das Risiko an einer Schizophrenie oder Psychose zu erkranken, ist für beide Geschlechter nahezu gleich. In ähnlicher Weise ist das Geschlechterverhältnis in den Daten zum Erwerbsminderungsrentenzugang aufgrund einer psychiatrischen Diagnose ausgeprägt. Es zeigt sich jedoch, dass Frauen tendenziell seltener frühberentet werden als die epidemiologischen Ergebnisse vermuten lassen. So sind in den EM-Daten bei affektiven, somatoformen, psychotischen und Angststörungen verhältnismäßig mehr Männer zu finden als im Gesundheitssurvey, lediglich bei den Substanzstörungen ist das Verhältnis in beiden Datensätzen gleich.

Geschlecht und Berentungsalter

In **Abbildung 1** ist das Berentungsalter nach Geschlecht und Diagnosegruppe psychiatrische vs. somatische Krankheit dargestellt. Beim Vergleich hinsichtlich ihres Berentungsalters und der Berentungsdiagnose fällt auf, dass Personen mit psychischen Störungen im Schnitt jünger frühberentet werden als Menschen mit somatischen Erkrankungen. Im Alter von 50 Jahren sind bereits 50 Prozent mit psychiatrischer Diagnose frühberentet, mit einer somatischen Erkrankung wird man im Median mit Mitte 50 berentet. Also ist das Risiko mit einer psychischen Störung vor dem Erreichen des 50. Lebensjahres berentet zu werden, höher als mit einer somatischen Diagnose. In der Tendenz werden Männer mit somatischen Erkrankungen zwei Jahre später frühberentet als Frauen. Dies steht im Gegensatz zu den psychiatrischen Diagnosen: bis zum Erreichen des 50. Lebensjahr werden Männer im Schnitt zwei Jahre früher berentet als Frauen, danach kippt das Bild jedoch und die Frauen nähern sich im Berentungsalter den Männern an. Bei Männern beträgt die Differenz des Berentungsalters in den Diagnosen bis zu sechs Jahren.

Abbildung 2 zeigt das Berentungsalter nach Geschlecht mit Diagnose Schizophrenie. Der Vergleich macht deutlich, dass Männer sehr jung eine Erwerbsminderungsrente wegen Schizophrenie in Anspruch nehmen müssen. Bis zum Erreichen des 40. Lebensjahrs sind schon 50 Prozent aller männlichen Patienten frühberentet, die Hälfte aller weiblichen Schizophrenie-Patienten erreicht das 44. Lebensjahr bevor sie Rentenleistungen wegen Erwerbsminderung in Anspruch nehmen. Der wahrscheinliche Grund hierfür ist, dass bei Frauen die Erkrankung mehrere Jahre später ausbricht. Insofern entspricht der Altersabstand bei der Berentung dem der ersten Krankheitsepisode.

Berentungsalter nach Region und Geschlecht

In **Tabelle 2** wird das Berentungsalter (Median) nach Geschlecht und Region dargestellt. Im Median werden Frauen sowohl im Osten wie im Westen Deutschlands ein Jahr später berentet als Männer. Diese Differenz ergibt sich jedoch im Wesentlichen aus dem früheren Berentungsalter der schizophrenen Männer. Bei allen anderen Störungsbildern erhalten Frauen tendenziell früher eine Erwerbsminderungsrente als Männer. Auffällig ist auch, dass ostdeutsche Frauen ein bis zwei Jahre eher in Frührente gehen als westdeutsche Frauen. Bei Männern ist dies nicht zu beobachten: abgesehen von der Schizophrenie und den Substanzstörungen arbeiten Ostdeutsche bis ins gleiche oder ein höheres Alter hinein als westdeutsche Männer.

Wie zu erwarten, werden die schizophren Erkrankten als erstes berentet, danach folgen Personen mit einer Substanzstörung. Hier sind es die Ostdeutschen, die in der Tendenz noch vor Erreichen des 50. Lebensjahres aufgrund dieser Störung frühberentet werden. Bemerkenswert ist auch hier, dass die Frauen jünger eine Erwerbsminderungsrente beanspruchen als die Männer. Das höchste Alter in der Erwerbstätigkeit erreichen Männer aus Ostdeutschland, die an einer Angststörung leiden, gefolgt von Männern aus Westdeutschland mit einer affektiven Störung. Bei den Frauen sind es ebenfalls die von einer affektiven Störung betroffenen, die am längsten im Beruf verbleiben. Insgesamt betrachtet werden Personen aus Ostdeutschland tendenziell ein Jahr eher frühberentet als Westdeutsche.

Beitragszeiten in Monaten nach Region und Geschlecht

In **Tabelle 3** ist der Median der Beitragszeiten in Monaten nach Geschlecht und Region (Ost- bzw. Westdeutschland) abgebildet. Es gibt deutliche Geschlechterunterschiede in den Beitragszeiten, das heißt, Frauen haben tendenziell weniger Beitragsmonate als Männer. Allerdings gilt dieser Zusammenhang nicht für das Störungsbild der Schizophrenie. Aus den epidemiologischen Erkenntnissen war zu erwarten, dass die Schizophrenie bei Männern sehr früh ausbricht und dementsprechend weniger Beitragsmonate erzielt werden. In der Tabelle wird deutlich, dass in der Gruppe der an Schizophrenie Erkrankten die wenigsten Beitragsmonate erreicht werden. Eine Ausnahme sind in diesem Fall die ostdeutschen Frauen mit einer Substanzstörung, die in der Tendenz die geringste Anzahl Beitragsmonate erzielen. Die meisten Beitragsmonate erreichen Personen, die aufgrund einer affektiven Störung frühberentet wurden, Ausnahme bilden hier die ostdeutschen Männer, welche die höchste Anzahl an Beitragsmonaten mit einer Angststörung erreicht haben.

Hinsichtlich der Beitragszeiten findet man neben einer Geschlechterdifferenz auch einen deutlichen Ost-West-Unterschied. Männer in den alten Bundesländern haben weniger Beitragszeiten als ostdeutsche Männer. Das Gleiche gilt für die Frauen: Außer bei den Frühberentungen mit Substanzstörungen weisen ostdeutsche Frauen mehr Beitragszeiten auf als westdeutsche. Im Schnitt haben also die ostdeutschen Männer die höchste Anzahl an Beitragsmonaten. Bemerkenswert sei an dieser Stelle noch, dass Ostfrauen nur geringfügig weniger Beitragsmonate als Westmänner aufweisen.

Rentenzahlbetrag in Euro nach Region und Geschlecht

In **Tabelle 4** wird der Rentenzahlbetrag (Median in Euro) in Abhängigkeit von Geschlecht und Region gezeigt und auch hier zeigen sich wieder erhebliche Unterschiede. Besonders auffällig ist, dass westdeutsche Männer im Schnitt den höchsten Rentenzahlbetrag erhalten und ostdeutsche den niedrigsten, obwohl sie die meisten Beitragsmonate vorweisen können (**siehe Tabelle 2**). Westdeutsche Frauen bekommen gemäß ihrer niedrigen Anzahl an Beitragsmonaten auch einen niedrigeren Rentenzahlbetrag als westdeutsche Männer. In Ostdeutschland ist dieses Verhältnis umgekehrt. Außer bei affektiven und somatoformen Störungen erhalten ostdeutsche Männer eine geringere Rente als ostdeutsche Frauen. Den höchsten Rentenzahlbetrag erzielen in allen Gruppen Menschen mit affektiven Störungen oder Angststörungen. Die niedrigsten Rentenzahlbeträge erhalten im Osten Männer und Frauen mit einer Substanzstörung, im Westen sind es Menschen mit einer Schizophrenie.

Diskussion

Als Hauptergebnis unserer Analysen bleibt festzuhalten, dass die Geschlechterunterschiede in den Daten des Erwerbsminderungsrentenzugangs sich im Großen und Ganzen mit den epidemiologischen Resultaten aus dem Bundesgesundheitsurvey decken. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass der individuelle Prozess, der zur Erwerbsminderung führt, doch ganz erheblich von medizinischen Aspekten beeinflusst wird. Bestätigt wurde diese Einschätzung noch durch die deutlichen Altersunterschiede zum Berentungszeitpunkt bei den Menschen mit einer schizophrenen Psychose. Das epidemiologische Altersmuster der Krankheitsentstehung spiegelt sich hier fast exakt in den Altersunterschieden der Berentung wider. Damit soll der soziale Einfluss innerhalb der Geschlechter nicht kaschiert werden, allerdings hätte man an dieser Stelle schon größere Abweichungen von den zugrunde liegenden epidemiologischen Verhältnissen erwarten können.

Wir konnten allerdings feststellen, dass bei den einzelnen Krankheitsbildern eine leichte Tendenz zur geringeren Frühberentung bei Frauen bestand, weshalb die sozialen Einflussfaktoren eben nicht gänzlich unbedeutend sind. Die Gründe für die genannte Tendenz können unterschiedlich sein. Zum einen können – wie schon in der Einleitung angedeutet – Selektionsprobleme durch den Lebenslauf hierfür eine Rolle spielen. Bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung der Erwerbsverläufe wurde bereits darauf hingedeutet, dass in Deutschland mehr Männer am Arbeitsmarkt partizipieren und Frauen aufgrund von Kinderbetreuung oft die Hausfrauenrolle zugeschrieben wird. Durch geringfügige Nebenverdienste oder Lücken im Erwerbsverlauf erzielen sie folglich eine geringe Anzahl an Entgeltpunkten. Demnach besteht für Hausfrauen, die sich psychisch krank fühlen, womöglich ein geringerer Anreiz zur Frühberentung.

Ein anderer sozialwissenschaftlicher Erklärungsansatz entspringt dem geschlechtsspezifischen Bewältigungshandeln psychisch Kranker. Für die klassische Frauenrolle sind Attribute wie Gefühlsbetonung, Wahrnehmung des Körpers und die Fähigkeit, auf andere einzugehen, vorgelesen (*Sieverding* 1999). Frauen achten demnach mehr auf ihre Gesundheit und gehen eher zum Arzt, außerdem verfügen sie meist über gute soziale Kompetenzen und persönliche Netzwerke im Sinne von Freundschaften und Familie, die in problematischen Lebenslagen zur Seite stehen (*Umberson et al.* 1996). Somit liegt die Vermutung nahe, dass Frauen bei Stress Unter-

stützung im Freundeskreis suchen, was sich protektiv auf die psychische Gesundheit auswirkt. Dem steht das Maskulinitätskonzept entgegen, das es Männern eher nicht gestattet, ihre Leiden zu äußern. Es ist für Männer immer noch erstrebenswert, möglichst aktiv und unabhängig zu sein, die Familie zu ernähren und dem Druck der Berufswelt Stand zu halten. Als mögliche Folge nehmen Männer ihre Krankheitsbeschwerden seltener wahr und begeben sich entsprechend spät in ärztliche Behandlung, was Rehabilitationsmaßnahmen nur noch wenig Chancen lässt und eine Rente wegen Erwerbsminderung am Ende der Kette steht. Möglicherweise steht der zuletzt genannte Umstand einer im Vergleich zu Frauen eingeschränkteren Körper- und Befindlichkeitswahrnehmung von Männern auch im Hintergrund der tendenziell späteren Berentung. Wir hatten festgestellt, dass Männer zum Teil erst mehrere Jahre später bei gleicher Grunderkrankung berentet wurden.

Hinsichtlich der Unterschiede im Ost-West-Vergleich konnten wir die hohe Erwerbsbeteiligung ostdeutscher Frauen auch vor dem Hintergrund der Erwerbsminderungsberentung bestätigen. Ostdeutsche Frauen weisen demnach im Median mehr als 20 Beitragsmonate mehr auf als ihre westdeutschen Geschlechtsgenossinnen. Damit unterscheiden sie sich insgesamt auch nur gering von den ostdeutschen Männern, deren Beitragszeiten auch deutlich über denen der westdeutschen Männer liegen. Umso erstaunlicher waren dann am Ende die relativ geringen Rentenbeträge der ostdeutschen Männer, die im Median noch unter denen der westdeutschen Frauen lagen. Allerdings ist hier der besonders niedrige Zahlbetrag für ostdeutsche Männer mit einer Alkoholabhängigkeit in Rechnung zu stellen. Demgegenüber erhielten ostdeutsche Frauen mit dem gleichen Störungsbild im Median die meiste Rente in dieser Patientengruppe. Die unerwartet niedrige Korrelation von Lebensarbeitszeit und Rentenbetrag bedarf sicherlich noch eingehenderer Analysen, welche weitere rententechnische Merkmale mit berücksichtigen.

Da der Zusammenhang von Geschlecht und Frühberentung im Allgemeinen und bezüglich der psychischen Störungen im Besonderen bisher in der deutschen Forschungsliteratur so gut wie keine Rolle spielt, erlaubt der Scientific Use File Erwerbsminderung und Diagnosen – so kann abschließend festgestellt werden – einen ersten Zugang auf der Basis einer repräsentativen Stichprobe berenteter Personen. Natürlich können mit diesem Datensatz die in der Einleitung beschriebenen Fragestellungen und möglichen Einflussfaktoren nur ansatzweise überprüft werden, zumal es sich um einen Querschnittsdatsatz handelt. Allerdings bieten die erwerbsbiografischen Variablen auch hier erste Ansätze. Die Qualität dieses Datensatzes liegt für uns in erster Linie in der Generierung weiterer Forschungsfragen zum Zusammenhang von Geschlecht und Frühberentung bei psychischen Störungen und weniger in der erschöpfenden Beantwortung bestehender Unklarheiten.

Literaturverzeichnis

- Brown, G.W. (1998): Loss and depressive disorders. In: Dohrenwend, B.P. (ed.): *Adversity, Stress and Psychopathology*. Oxford University Press: Oxford, 358-370.
- Dahl, S., Nilsen, O. & Vaage, K. (2003): Gender Differences in Early Retirement Behavior. *European Sociological Review*, 19, 179-198.
- Ebner, N. & Fischer, G. (2004): Psychiatrie. In: Rieder, A. & Lohff, B. (Hrsg.): *Gender Medizin – Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis*, Springer-Verlag: Wien, 77-111.
- Einerhand, M. & van der Stelt, H. (2005): Growing disability rates - the gender issue: The Dutch case in an international perspective. *International Social Security Review*, 58, 65-84.
- Fabian, A. & Becker, T. (2001): Psychosoziale Faktoren bei depressiven Erkrankungen. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 69, 1-9.
- Falk, S. (2005): *Geschlechtsspezifische Ungleichheit im Erwerbsverlauf*, VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Jacobi, F. et al. (2004): 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 (2004), 597-611.
- Klose, M. & Jacobi, F. (2004): Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Archives of Women's Mental Health*, 7, 133-148.
- 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.
- OECD 2003: *Transforming Disability into Ability: Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People*. Organisation for Economic Co-operation and Development: Paris.
- Richter, D. (2003): *Psychisches System und soziale Umwelt: Soziologie psychischer Störungen in der Ära der Biowissenschaften*. Psychiatrie Verlag: Bonn.
- Schwartz, F.W., Grobe, T., Bitzer, E. & Dörning, H. (2004): „Gender aspects“ im Spiegel der Routinedaten einer gesetzlichen Krankenkasse. In: Rieder, A. & Lohff, B. (Hrsg.): *Gender Medizin – Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis*, Springer-Verlag: Wien, 419-443.
- Siddiqui, S. (1997): The pension incentive to retire: Empirical evidence for West Germany. *Journal of Population Economics*, 10, 463-486.
- Sieverding, M. (1999): Weiblichkeit – Männlichkeit und psychische Gesundheit. In: Brähler, E. & Felder, H. (Hrsg.): *Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit: mediznpsychologische und psychosomatische Untersuchungen*, Westdeutscher Verlag: Wiesbaden, 31-52.
- Stattin, M. (2005): Retirement on grounds of ill health. *Occupational and Environmental Medicine* 2005; 62: 135-140.
- Umberson, D., Chen, M.D., House, J.S., Hopkins, K. & Slaten, E. (1996): The effect of social relationships on psychological well-being: Are men and women really so different? *American Sociological Review*, 61, 837-857.

Anhang

Tabelle 1: Geschlechterverhältnis: Bundesgesundheitssurvey und Erwerbsminderungsdaten im Vergleich

Diagnose	BGS M*	BGS F*	Verhältnis W/M	EMM*	EM F*	Verhältnis W/M
Irgendeine Substanzstörung	7,2	1,7	0,2	36,0	7,9	0,2
Irgendeine affektive Störung	8,5	15,4	1,8	27,7	45,0	1,6
Psychose/ Schizophrenie	2,6	2,5	1,0	20,0	16,1	0,8
Irgendeine Angststörung	9,2	19,8	2,2	6,9	12,0	1,7
Irgendeine somatoforme Stör.	7,1	15,0	2,1	9,4	19,0	2,0

* in Prozent; BGS-Daten: 12-Monats-Prävalenz

Quelle: FDZ-RV – SUFRTZN03XVSTEM und BGS-Daten aus: *Jacobi et al:* 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 (2004), 597-611, eigene Berechnungen.

Tabelle 2: Berentungsalter nach Geschlecht und Region (Median)

Diagnose	Männer Ost	Männer West	Frauen Ost	Frauen West
Irgendeine Substanzstörung	49	51	48	51
Irgendeine affektive Störung	54	54	52	53
Psychose/ Schizophrenie	38	40	44	43
Irgendeine Angststörung	56	52	50,5	52
Irgendeine somatoforme St.	53	53	51	52
Gesamt	49	50	50	51

Quelle: FDZ-RV – SUFRTZN03XVSTEM, eigene Berechnungen.

Tabelle 3: Beitragszeiten in Monaten nach Geschlecht und Region (Median)

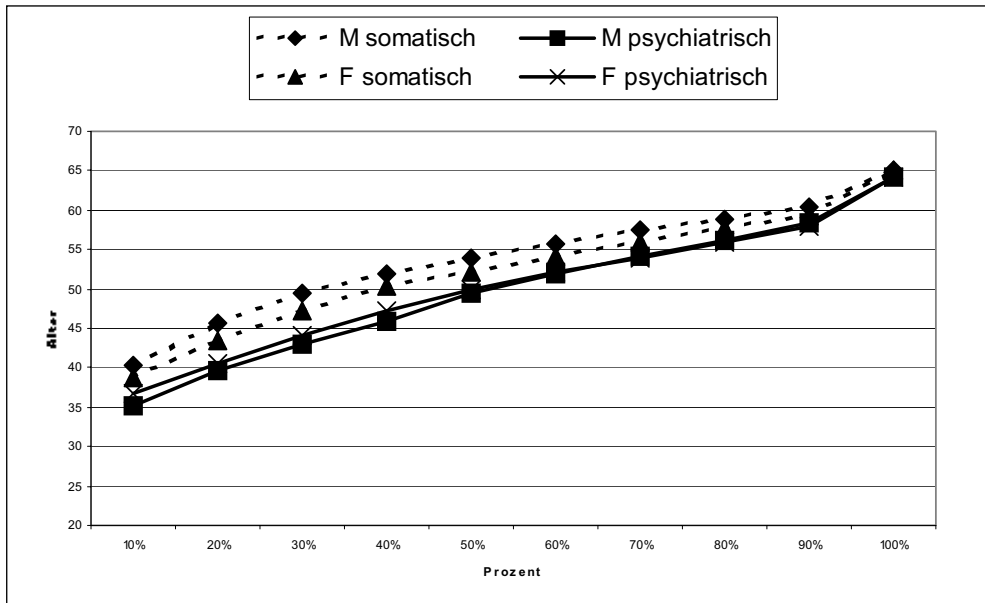
Diagnose	Männer Ost	Männer West	Frauen Ost	Frauen West
Irgendeine Substanzstörung	255	248	188	211
Irgendeine affektive Störung	347,5	333,5	282	269
Psychose/ Schizophrenie	162	116	211	148,5
Irgendeine Angststörung	384	287	270	248,5
Irgendeine somatoforme St.	347	332	276	248
Gesamt	263	250	257,5	235

Quelle: FDZ-RV – SUFRTZN03XVSTEM, eigene Berechnungen.

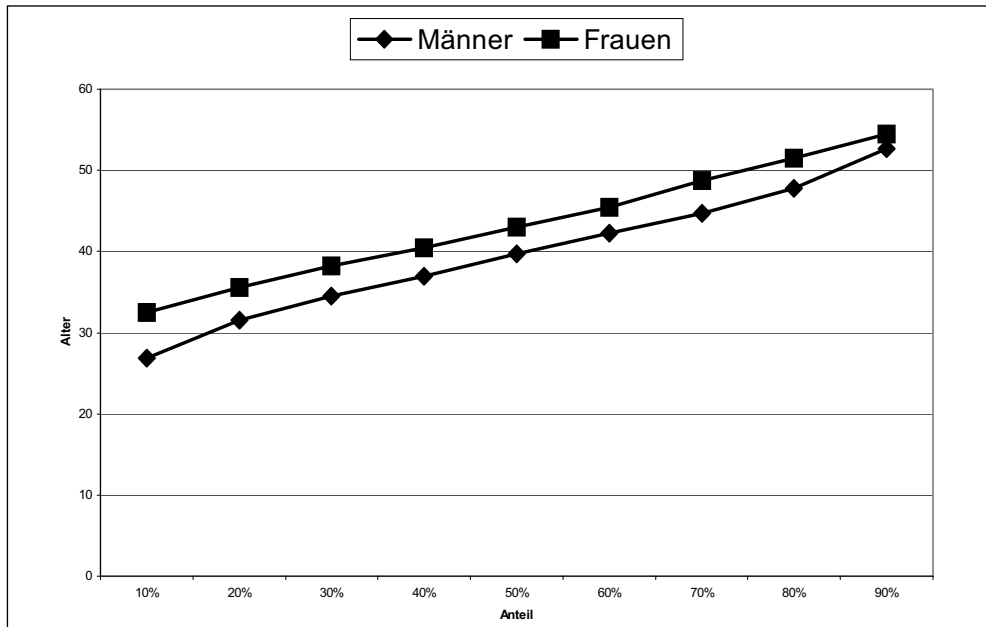
Tabelle 4: Rentenzahlbetrag in Euro nach Geschlecht und Region (Median)

Diagnose	Männer Ost	Männer West	Frauen Ost	Frauen West
Irgendeine Substanzstörung	585	640,5	654	622
Irgendeine affektive Störung	744	851	691	664
Psychose/ Schizophrenie	629,5	636	689	617
Irgendeine Angststörung	637	765	692	664
Irgendeine somatoforme St.	722,5	765	660,5	61
Gesamt	624	712	684	640,5

Quelle: FDZ-RV – SUFRZTN03XVSTEM, eigene Berechnungen.

Abbildung 1: Kumulierte Verteilung des Berentungsalters nach Geschlecht und Krankheitsgruppe (psychiatrisch vs. somatisch)

Quelle: FDZ-RV – SUFRZTN03XVSTEM, eigene Berechnungen.

Abbildung 2: Kumulierte Verteilung des Berentungsalters für die Diagnosegruppe Schizophrenie nach Geschlecht

Quelle: FDZ-RV – SUFRZTN03XVSTEM, eigene Berechnungen.

Stefanie Rohm, Jg. 1980, z. Zt. Studium der Soziologie, Erziehungswissenschaften und Psychologie an der WWU in Münster. Neben dem Studium Honorartätigkeit am Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik in Forschung und Praxis (INDRO e.V.) und Mitgliedschaft bzw. ehrenamtliche Tätigkeit am Kinder- und Jugendtelefon des Deutschen Kinderschutzbundes.

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.