

Geschlechtsspezifische Renten- und Gesundheitsunterschiede in Deutschland, Frankreich und Dänemark

Von Peter Haan, Anna Hammerschmid und Carla Rowold

In dieser Studie werden die geschlechtsspezifischen Unterschiede von Renteneinkommen in Deutschland, Dänemark und Frankreich quantifiziert. Der Gender Pension Gap liegt demnach in Deutschland höher als in Frankreich und weitaus höher als in Dänemark. Somit ergibt sich eine ähnliche Rangfolge wie während der Erwerbsphase. Auch beim Gender Pay Gap liegt der Unterschied zwischen Männern und Frauen in Deutschland am höchsten. Ferner wird hier untersucht, ob es in den drei Ländern geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Gesundheit im Alter gibt. Bei der Selbsteinschätzung der allgemeinen Gesundheit gibt es für das Jahr 2013 in keinem der untersuchten Länder erkennbare Differenzen zwischen Männern und Frauen. Es zeigt sich jedoch, dass geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Häufigkeit depressiver Symptome dem Muster des Gender Pension Gaps folgen: Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist in Dänemark wiederum weitaus am geringsten. Obwohl diese Studie keine kausalen Zusammenhänge zwischen Einkommen und Gesundheit misst, sprechen die Ergebnisse dafür, dass Maßnahmen zur Verringerung des Gender Pay Gaps nicht nur Unterschiede während des Erwerbslebens verringern, sondern auch zu einer Reduktion des Gender Pension Gaps und zu einer Besserstellung der Frauen, was die Anfälligkeit für depressive Symptome angeht, führen können.

Frauen verdienen auf dem Arbeitsmarkt im Durchschnitt weniger als Männer.¹ Im Jahr 2015 betrug der sogenannte *Gender Pay Gap*, der diesen Unterschied misst, in Deutschland 22 Prozent.² Da die Rentenansprüche aus der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland direkt von den Löhnen abhängen, überträgt sich diese Lohndifferenz auch auf die Renten.³ Der *Gender Pension Gap*, der den Unterschied in den Rentenansprüchen zwischen Männern und Frauen ausweist, bildet die lebenslange Ungleichheit zwischen den Geschlechtern ab: Neben der Differenz in den Löhnen fließen in den Gap auch weitere Faktoren wie Erwerbsunterbrechungen – zum Beispiel wegen Kinderbetreuung oder der Pflege von Angehörigen –, Segregation auf dem Arbeitsmarkt, unterschiedliche Arbeitszeitmodelle und allgemeine, geschlechtsspezifische soziale Normen und Stereotype ein.⁴

¹ Vgl. Definition vom Gender Pay Gap im DIW Glossar (online verfügbar, abgerufen am 27. September 2017). Das gilt, sofern nicht anders vermerkt, auch für alle anderen Onlinequellen in diesem Bericht). In der Literatur werden zahlreiche Gründe für dieses Gefälle genannt, unter anderem kann ein Teil der Unterschiede durch die Berufswahl oder Ausbildung von Männer und Frauen erklärt werden. Jedoch kann auch gezeigt werden, dass Frauen auf dem Arbeitsmarkt diskriminiert werden, vgl. Anne Busch und Elke Holst (2008): Verdienstdifferenzen zwischen Frauen und Männern nur teilweise durch Strukturmerkmale zu erklären. DIW Wochenbericht Nr. 15 (online verfügbar).

² Vgl. Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes vom 14. März 2017: Drei Viertel des Gender Pay Gap lassen sich mit Strukturunterschieden erklären (online verfügbar).

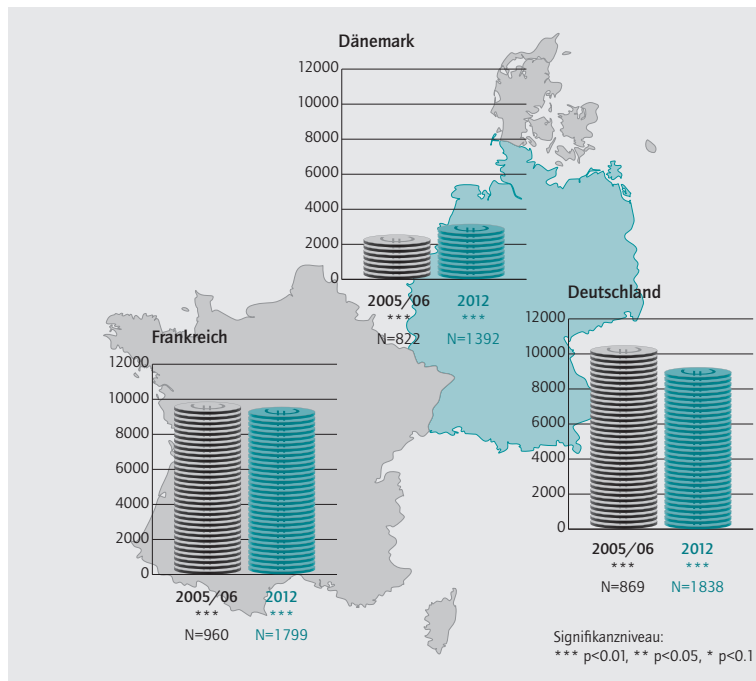
³ Vgl. Markus M. Grabka et al. (2017): Der Gender Pension Gap verstärkt die Einkommensungleichheit von Männern und Frauen im Rentenalter. DIW Wochenbericht Nr. 5 (online verfügbar).

⁴ Vgl. Francesca Bettio, Platon Tinios und Gianni Betti (2013): The gender gap in pensions in the EU: Publications Office of the European Union. Studie im Auftrag der Europäischen Kommission (online verfügbar); Judith Flory (2011): The Gender Pension Gap. Developing an Indicator Measuring Fair Income Opportunities for Women and Men. Studie im Auftrag von dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (online verfügbar); Ilze Burkevica et al. (2015): Gender Gap in pensions in the EU. Research note to the Latvian Presidency. European Institute for Gender Equality (online verfügbar); Platon Tinios et al. (2015): Men, women and pensions. Publications Office of the European Union. Studie im Auftrag der Europäischen Kommission (online verfügbar); Athina Vlachantoni (2012): Financial inequality and gender in older people. *Maturitas*, 72 (2), 104-107.

Abbildung 1

Absoluter Gender Pension Gap in Dänemark, Deutschland und Frankreich

Kontrolliert auf Alter, in Euro



Quelle: SHARE, eigene Berechnungen, querschnittsgewichtet. Die berechneten Gaps weisen den Betrag des Unterschiedes zwischen Männern und Frauen aus.

© DIW Berlin 2017

Der absolute geschlechtsspezifische Unterschied im Renteneinkommen ist in Dänemark deutlich geringer als in Deutschland und Frankreich.

Der Gender Pension Gap bedeutet, dass Frauen weniger finanzielle Ressourcen aus eigenen Ansprüchen als Männer gleichen Alters haben.⁵ Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass es einen Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der Gesundheit gibt.⁶ Darüber hinaus weist die Literatur einen kausalen Effekt des Einkommens auf die allgemeine und mentale

5 Der Gender Pension Gap kann potentiell im Haushaltskontext ausgeglichen werden. Dadurch reduzieren sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede der finanziellen Ressourcen.

6 Vgl. Mauricio Avendano, Arja R. Aro und Johan Mackenbach (2005): Socio-Economic Disparities in Physical Health in 10 European Countries. In: Börsch-Supan et al. Health, ageing and retirement in Europe—first results from the survey of health, ageing and retirement in Europe. MEA Eigenverlag, Mannheim, 89-94; Thomas Lampert und Lars Eric Kroll (2005): Einfluss der Einkommensposition auf die Gesundheit und Lebenserwartung. DIW Discussion Paper Nr. 527 (online verfügbar); Regina Jutz (2015): The role of income inequality and social policies on income-related health inequalities in Europe. International journal for equity in health, 14(1), 117. Für das Vereinigte Königreich: Sara Arber und Jay Ginn (1993): Gender and inequalities in health in later life. Social science & medicine, 36(1), 33-46. Letzteres hat gezeigt, dass das Einkommen von älteren Männern und Frauen auch nach Kontrolle von Alter und berufliche Position einen Effekt auf die Selbsteinschätzung ihrer Gesundheit hat.

Gesundheit nach.⁷ Dies legt nahe, dass sich in Ländern mit einer besonders hohen geschlechtsspezifischen Rentenlücke auch ein hoher Unterschied in der Gesundheit von Männern und Frauen finden könnte. Daher wird hier untersucht, ob es parallel verlaufende geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesundheit und im Renteneinkommen gibt.⁸

Für die Analyse und Interpretation der Ergebnisse ist es hilfreich, Deutschland mit anderen Ländern zu vergleichen. Dadurch können typische Gesundheitsunterschiede zwischen Männern und Frauen und auch mögliche Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den beiden Gruppen aufgefangen werden. Ziel ist, die Muster in den sogenannten *Gender Health Gaps* über die Zeit zwischen Ländern zu vergleichen, die unterschiedlich ausgeprägte Arbeitsmärkte und Gender Pay Gaps haben. Dazu wird Deutschland mit Frankreich und Dänemark verglichen.

Der Arbeitsmarkt in den Ländern unterscheidet sich deutlich. Von den drei Ländern weist Dänemark für das Jahr 2015 den niedrigsten Gender Pay Gap (15,1 Prozent) und die höchste Frauenerwerbstätigkeitsquote (70,4 Prozent) auf; von den erwerbstätigen Frauen sind hier nur 25,8 Prozent in Teilzeit beschäftigt. In Frankreich beträgt die Lohnlücke 15,8 Prozent und die Frauenerwerbstätigkeitsquote beläuft sich mit 61,1 Prozent auf dem niedrigsten Niveau; der Anteil der teilzeitarbeitenden Frauen ist hier allerdings am geringsten (22,3 Prozent von allen erwerbstätigen Frauen). Deutschland hat 2015 im Vergleich zu Dänemark und Frankreich sowohl den höchsten Gender Pay Gap als auch die höchste Teilzeitquote unter den erwerbstätigen Frauen (37,4 Prozent); die Erwerbstätigenquote der Frauen nähert sich mit 69,9 Prozent der von Dänemark an.⁹ Somit werden drei Länder untersucht, die unterschiedlich stark ausgeprägte Geschlechterungleichheiten am Arbeitsmarkt aufweisen. Gleichzeitig unterscheiden sich aber auch die Rentensysteme. In Deutschland und Frankreich besteht

7 Vgl. Mikael Lindahl (2005): Estimating the Effect of Income on Health and Mortality Using Lottery Prizes as an Exogenous Source of Variation in Income, The Journal of Human Resources, vol. XL, no. 1, 144-168 sowie Marta Lachowska (2017): The Effect of Income on Subjective Well-Being Evidence from the 2008 Economic Stimulus Tax Rebates, The Journal of Human Resources, vol. 52, no. 2, 374-417.

8 Bisherige Studien haben bereits dokumentiert, dass Frauen im Schnitt eine schlechtere Gesundheit als Männer aufweisen, ein sogenannten Gender Health Gap also existiert, obwohl sie durchschnittlich eine höhere Lebenserwartung haben (vgl. Deborah L. Wingard (1984): The sex differential in morbidity, mortality, and lifestyle. Annual review of public health, 5(1), 433-458; Johan Mackenbach et al. (2005). Physical health. In: Börsch-Supan et al. Health, ageing and retirement in Europe—first results from the survey of health, ageing and retirement in Europe. MEA Eigenverlag, Mannheim, 89-94).

9 Vgl. OECD (2017): Employment-population ratios (online verfügbar, abgerufen am 12. September 2017); Eurostat (2017): Gender Pay Gap in unadjusted form (online verfügbar); OECD (2017): Incidence of FIPT employment - common definition (online verfügbar).

zum Beispiel insgesamt ein vergleichsweise stärkerer Bezug zwischen der gesetzlichen Rente und den Erwerbseinkünften vor Renteneintritt.¹⁰

Im Folgenden werden zunächst die Unterschiede im Gender Pension Gap zwischen den Ländern aufgezeigt. Bei den Rentenansprüchen werden alle drei Säulen der Altersvorsorge – die gesetzliche, die private und die betriebliche – berücksichtigt (siehe Kästen). Im zweiten Teil werden die Gender Health Gaps betrachtet und mit den geschlechtsspezifischen Rentenlücken verglichen.

Gender Pension Gap in Deutschland beträgt mehr als 50 Prozent

Die altersbereinigte Rentenlücke zwischen Männern und Frauen liegt für die Jahre 2005/2006 in Deutschland bei 55,2 Prozent: 65- bis 85-jährige Männer bekommen im Durchschnitt mehr als doppelt so hohe Rentenzahlungen als Frauen gleichen Alters (Abbildung 2). Dies entspricht einer durchschnittlichen absoluten Differenz von 10341 Euro im Jahr (Abbildung 1). Für das Jahr 2012 liegt der leicht gesunkene Gender Pension Gap mit 52,9 Prozent noch immer auf einem sehr hohen Niveau.¹¹ Frauen steht damit im Jahr 2012 ein um durchschnittlich 9268 Euro geringeres Renteneinkommen zur Verfügung als Männern.¹²

Sowohl in Frankreich als auch in Dänemark fällt der relative Gender Pension Gap geringer aus. In Frankreich liegt das durchschnittliche Rentengefälle zwischen den Geschlechtern 2005/2006 um knapp zehn Prozentpunkte niedriger als in Deutschland und sinkt im Zeitverlauf ebenfalls nur marginal. In Dänemark bekommen Frauen jährlich 19,6 Prozent weniger Renteneinkommen als gleichaltrige Männer. Die geschlechtsspezifische Differenz bei den Renteneinkommen nimmt in Dänemark zwischen 2005/06 bis 2012 leicht zu.¹³

¹⁰ Vgl. OECD (2007): Pensions at a Glance Public Policies across OECD Countries, OECD Publishing, Part I, 44ff, sowie OECD (2013): Pensions at a Glance 2013: OECD and G20 Indicators, OECD Publishing, Chapter 4, 152ff.

¹¹ Der hier berechnete Gender Pension Gap liegt somit höher als der von Grabka et al. (2017): a. a. O. berechnete Wert für die gesetzliche Rentenversicherung. Mögliche Gründe für diese Diskrepanz könnten Unterschiede in der Datenbasis beziehungsweise eine unterschiedliche Stichprobenauswahl sein. Darüber hinaus berücksichtigen wir in dieser Studie auch Betriebsrenten, sowie die private Altersvorsorge.

Die Rentenlücke am Median weicht in Deutschland kaum von der durchschnittlichen Differenz ab und bleibt über den Zeitverlauf relativ konstant bei rund 52-53 Prozent. Der Median gibt in unserem Fall den mittleren Rentenwert an, das heißt den Wert, bei dem die Hälfte der Menschen ein höheres und die andere Hälfte ein niedrigeres Renteneinkommen bezieht. Die Berechnung der geschlechtsspezifischen Rentenlücke am Median erfolgt über die Rentenwerte am Median der Männer und der Frauen statt über deren Durchschnittswerte.

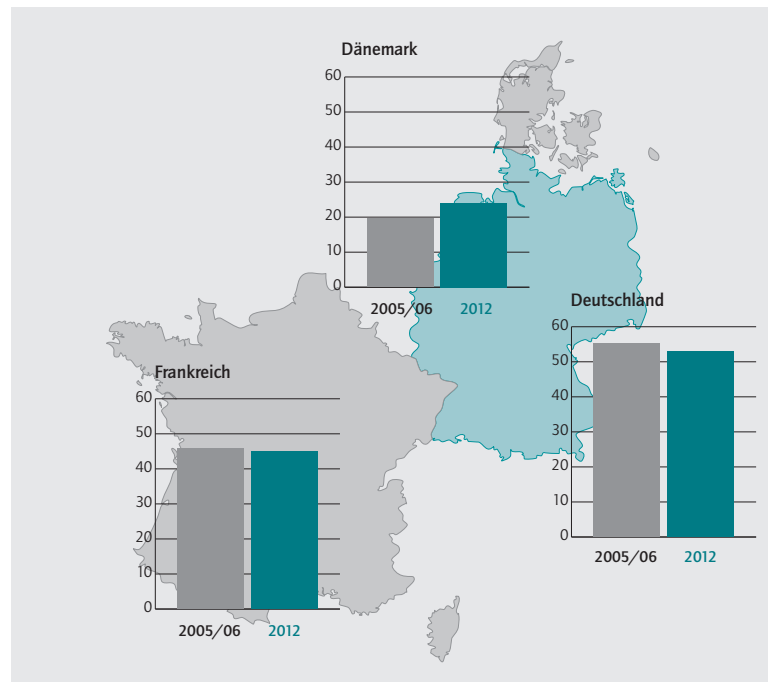
¹² Alle absoluten Werte unterscheiden sich signifikant von Null.

¹³ Die Lücke am Median nimmt in Frankreich im Vergleich zur Differenz am Mittelwert über die Zeit eindeutiger ab und sinkt im Jahr 2012 auf knapp 40 Prozent; in Dänemark liegt der Gap am Median 2012 bei etwa zehn Prozent und fällt damit geringer aus als die durchschnittliche Lücke.

Abbildung 2

Relativer Gender Pension Gap in Dänemark, Deutschland und Frankreich

Kontrolliert auf Alter, in Prozent



Quelle: SHARE, eigene Berechnungen, querschnittsgewichtet. Die berechneten Gaps weisen den Betrag des Unterschiedes zwischen Männern und Frauen aus.

© DIW Berlin 2017

Der relative Gender Pension Gap ist in Deutschland am größten und in Dänemark am niedrigsten.

Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit denen früherer Studien. Die Höhe der geschätzten Gaps unterscheidet sich zwar aus Gründen der Daten- und Stichprobenauswahl – so rangieren zum Beispiel frühere Schätzungen des Gender Pension Gaps in Deutschland von 38 Prozent¹⁴ bis 59 Prozent¹⁵. Die länderspezifischen Unterschiede spiegeln sich dennoch sehr ähnlich in unterschiedlichen Publikationen wieder: In Deutschland ist der Gap am höchsten, in Dänemark bei weitem am geringsten.¹⁶

Eine Erklärung oder Dekomposition dieser Länderunterschiede im Gender Pension Gap übersteigt den Rahmen dieser Studie. Die bereits erwähnten länderspezifischen Unterschiede im Gender Pay Gap und in der Erwerbsbeteiligung von Frauen sowie weitere geschlechtsspezi-

¹⁴ Vgl. Francesca Bettio, Platon Tinios und Gianni Betti (2013): a. a. O.

¹⁵ Vgl. Judith Flory (2011): a. a. O.

¹⁶ Vgl. Ilze Burkevica et al. (2015): a. a. O.; Platon Tinios et al. (2015): a. a. O.; Francesca Bettio, Platon Tinios und Gianni Betti (2013): a. a. O.

Kasten

Hintergrund zu Daten, Renten- und Gesundheitsmessung

Daten und Stichprobenauswahl

Dieser Bericht basiert auf Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE).¹ SHARE ist eine disziplin- und länderübergreifende Wiederholungsbefragung, die unter anderem Daten zur Gesundheit und zu den wirtschaftlichen Verhältnissen der Bevölkerung über 50 erhebt.²

Für die Analyse werden aufgrund der Vergleichbarkeit der Daten die Befragungswellen 2 und 5³ genutzt, die in den Jahren 2006/07 und 2013 erhoben wurden. Die monetären Indikatoren beziehen sich inhaltlich auf das jeweilige Vorjahr; die Ergebnisse zu den geschlechtsspezifischen Rentenlücken basieren also auf den Jahren 2005 und 2006 für Welle 2 und auf dem Jahr 2012 für Welle 5.

Das Stichprobe wird auf Personen im Alter von 65 bis einschließlich 85 Jahre eingeschränkt, die ein Renteneinkommen beziehen (siehe Definition unten). Ausgeschlossen werden Befragte, die während des relevanten Jahres noch anteilig Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit bezogen haben.

Die sich daraus ergebende Stichprobe⁴ bildet die Grundlage für die Analysen der Gesundheits- und Rentenlücken. Alle Analysen

sind auf Grundlage der von SHARE bereitgestellten kalibrierten Gewichte querschnittsgewichtet.⁵

Berechnung des Renteneinkommens

Es wird die geschlechtsspezifische Lücke in der gesamten Rente ausgewiesen. Dazu wird jeweils das jährliche netto Renteneinkommen (in Euro) berechnet. Um dieses zwischen den Ländern vergleichbar zu machen, werden die Einkünfte an die jeweilige Kaufkraft angepasst.

Die gesamte Rente umfasst die drei Säulen der Altersrente: die gesetzliche, die betriebliche und die private Rente. Die gesetzliche Rente setzt sich zusammen aus der gesetzlichen Altersrente oder Beamtenpension, aus gesetzlichen Frührenten oder Vorruhestandsbezügen, der Erwerbsminderungsrente bzw. Beamtenpension wegen Dienstunfähigkeit oder Krankengeld sowie für Dänemark und Frankreich zusätzlich aus einer zweiten gesetzlichen Altersrente oder gesetzlichen Zusatzrente. Die betriebliche Rente setzt sich zusammen aus der betrieblichen Altersrente aus der letzten Beschäftigung, einer zweiten sowie einer dritten früheren Beschäftigung, falls vorhanden, und betrieblichen Vorruhestandsbezügen sowie betrieblichen Erwerbsminderungsrenten. Die private Rente umfasst regelmäßige Zahlungen aus Lebensversicherungen und aus privaten Rentenversicherungen. Die Analyse bezieht dabei insgesamt nur regelmäßige Zahlungen mit ein; Einmalzahlungen bleiben unberücksichtigt. Weitere Zahlungen und Leistungen aus Hinterbliebenenrenten, der Kriegsoferkasse, Arbeitslosen- oder Pflegeversicherungen sowie Unterhalts- oder Einmalzahlungen werden nicht einberechnet. Befragte, die diese zusätzlichen Leistungen beziehen, bleiben jedoch in der Analyseauswahl erhalten.

Messung der Gesundheit

Um geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesundheit zu analysieren, wird auf die in der Literatur häufig verwendete Selbsteinschätzung der eigenen allgemeinen Gesundheit auf einer Skala von eins (ausgezeichnet) bis fünf (schlecht) zurückgegriffen. Diese Skala wird auf zwei Kategorien reduziert, „schlechte“ und „gute“ Gesundheit: Eine schlechte Gesundheit liegt demnach vor, wenn die Befragten ihre Gesundheit nur als „mittelmäßig“ (4) oder „schlecht“ (5) eingeschätzt haben, eine gute Gesundheit bei der Angabe einer „guten“ (3) bis „ausgezeichneten“ (1) Gesundheit. Der hier analysierte Gap bezieht sich auf die durchschnittlichen Anteile der Männer und Frauen bei der schlechten Gesundheit.

1 Die Datenerhebung von SHARE wurde vorwiegend durch die Europäische Kommission finanziert, durch FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812) und FP7 (SHARE-PREP: N°211909, SHARE-LEAP: N°227822, SHARE M4: N°261982). Zusätzliche Finanzierung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung, die Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften, das U.S. National Institute on Aging (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGHA_04-064, HHSN271201300071C) und durch zahlreiche nationale Finanzierungsquellen wird dankend anerkannt (siehe www.share-project.org).

2 Für methodische Details zu SHARE siehe Axel Börsch-Supan et al. (2013): Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*. sowie Malter/Börsch-Supan (Eds.) (2015). *SHARE Wave 5: Innovations & Methodology*. Munich: MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy.

3 Axel Börsch-Supan (2016): *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Waves 2 and 5*. Release version: 5.0.0. SHARE-ERIC. Data sets.

4 Für den ersten Betrachtungszeitraum (2005/2006 beziehungsweise 2006/2007) umfasst die Stichprobe ungewichtet nach der Selektion in Deutschland 869, in Frankreich 960 und in Dänemark 822 Befragte. Durch die Selektion auf Befragte, die kein Erwerbseinkommen in dem jeweiligen Jahr bekommen haben, gingen pro Land drei bis zwölf Prozent der Beobachtungen der jeweiligen Stichprobe verloren. Für die Jahre 2012 beziehungsweise 2013 ist die Stichprobe in Deutschland 1838 Beobachtungen stark, in Frankreich umfasst sie 1799 Befragte und in Dänemark 1392. Die Stichproben wurden durch die Selektion um vier bis 16 Prozent verkleinert. Damit die Ergebnisse darüber hinaus nicht durch Ausreißer verzerrt werden, wurden Befragte, die eine gesamte jährliche Rente von über einer Million Euro bekommen, von der Analyse ausgeschlossen.

5 Vgl. Malter/Börsch-Supan (Eds.) 2015: *SHARE Wave 5: Innovations & Methodology*, 75ff. Munich: MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy.

Als Indikator für die mentale Gesundheit werden Depressionen angeführt. Grundlage hierfür ist die EURO-D-Skala, welche über Ja/Nein-Fragen zwölf verschiedene depressive Symptome erfasst.⁶ Von einer Depression wird in Übereinstimmung mit der Literatur ab einem EURO-D-Wert von vier oder mehr ausgegangen.⁷ Entsprechend dieses Grenzwertes wird die mentale Gesundheit in nicht-depressive und depressive Befragte eingeteilt und die geschlechtsspezifische Differenz der Anteile bei den von Depression Betroffenen analysiert.

Berechnung der Gender Gaps

Der Gender Pension Gap wird als der prozentuale Unterschied des durchschnittlichen Renteneinkommens zwischen Männern und Frauen berechnet. Die Gender Health Gaps werden nach demselben Prinzip berechnet. Da das Alter einen erheblichen Einfluss auf den Gesundheitszustand haben kann,⁸ wird die geschlechtsspezifische Gesundheitslücke für Alter kontrolliert. Um eine bessere Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wird diese Anpassung für Unterschiede in der Altersstruktur auch bei den Rentenlücken angewendet. Zur Berechnung wird die durchschnittliche absolute, für Alter angepasste Rentendifferenz zwischen Männern und Frauen durch das durchschnittlichen Renteneinkommen aller Männer dividiert.

Um die Ergebnisse für Deutschland mit anderen Ländern zu vergleichen, wird die geschlechtsspezifische Differenz des Renteneinkommens im ganzen Bundesgebiet betrachtet. Eine Differenzierung nach Regionen wird im Rahmen dieser Analyse nicht vorgenommen. Andere Studien haben sich mit den Unterschieden der Gender Pension Gaps zwischen West- und Ostdeutschland befasst.⁹

⁶ Vgl. Martin Prince et al. (1999): Development of the EURO-D scale—a European, Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *The British Journal of Psychiatry*, 174(4), 330–338; George B. Ploubidis und Emily Grundy (2009): Later-life mental health in Europe: A country-level comparison. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(5), 666–676.

⁷ Vgl. Ingo W. Kolodziej und Pilar García-Gómez (2017): The causal effects of retirement on mental health: Looking beyond the mean effects (No. 668). *Ruhr Economic Papers*; Michael Dewey und Martin Prince (2005): Mental health. In: Börsch-Supan et al. *Health, ageing and retirement in Europe—first results from the survey of health, ageing and retirement in Europe*. MEA Eigenverlag, Mannheim, 108–117.

⁸ Vgl. Johan Mackenbach et al. (2005): Physical health. In: Börsch-Supan et al. *Health, ageing and retirement in Europe—first results from the survey of health, ageing and retirement in Europe*. MEA Eigenverlag, Mannheim, 89–94.

⁹ Vgl. Markus M. Grabka et al. (2017): Der Gender Pension Gap verstärkt die Einkommensungleichheit von Männern und Frauen im Rentenalter. *DIW Wochenbericht Nr. 5* (online verfügbar); Annika Rasner (2014): Geschlechtsspezifische Rentenlücke in Ost und West. *DIW Wochenbericht Nr. 40* (online verfügbar).

fische Ungleichheiten spielen hierbei aber sicherlich eine wichtige Rolle.¹⁷ Eine weitere mögliche Ursache für die Unterschiede stellt die Ausgestaltung der Rentensysteme dar. In Dänemark ist beispielsweise ein Bestandteil der gesetzlichen Rente, die sogenannte Folkepension, nicht an die Erwerbsbiographie gekoppelt.¹⁸ Somit können sich zumindest auf diesen Teil der gesetzlichen Altersbezüge Unterschiede in der Erwerbsbeteiligung von Frauen und Männern im Lebensverlauf nicht direkt übertragen.

Kein deutlicher Gender Gap in selbsteingeschätzter Gesundheit

Die Frage nach ihrem allgemeinen Gesundheitszustand beantworteten in Deutschland im Jahr 2006/2007, dem ersten Beobachtungszeitpunkt, ältere Frauen mit einer um sieben Prozentpunkte größeren Wahrscheinlichkeit als Männer mit „mittelmäßig“ oder „schlecht“. Dies entspricht einem relativen Unterschied von rund 16 Prozent.

Im Jahr 2013 sank der Unterschied zwischen den Geschlechtern auf drei Prozentpunkte, allerdings ist dieser Wert aufgrund der statistischen Unsicherheit nicht signifikant. Für Dänemark und Frankreich lassen sich sowohl für 2006/07 als auch für 2013 keine signifikanten geschlechtsspezifischen Differenzen verzeichnen.¹⁹

Gender Gaps bei depressiven Symptomen folgen ähnlichem Muster wie Pension Gaps

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der mentalen Gesundheit sind dagegen in allen drei Ländern stark ausgeprägt. Auf Basis des sogenannten EURO-D Fragenkatalogs werden Frauen anteilmäßig öfter als depressiv eingestuft (Abbildung 3). Der Unterschied beträgt in Deutschland für das Jahr 2006/07 rund 14 Prozentpunkte und im Jahr 2013 noch 13 Prozentpunkte. Relativ gesehen

¹⁷ Der vom European Institute for Gender Equality erstellte Gender Equality Index, welcher die Geschlechter(un)gleichheit als Ganzes erfassen soll, spiegelt für das Jahr 2010 beispielsweise ebenfalls das länderspezifische Muster unserer Rentenlücken wider: Frankreich kommt auf einen sechs Punkte besseren Wert und Dänemark erreicht einen um knapp 20 Punkte höheren Score auf der Skala von null bis 100 als Deutschland (vgl. European Institute for Gender Equality (2017): *Gender Equality Index 2010* (online verfügbar, abgerufen am 13. September 2017)).

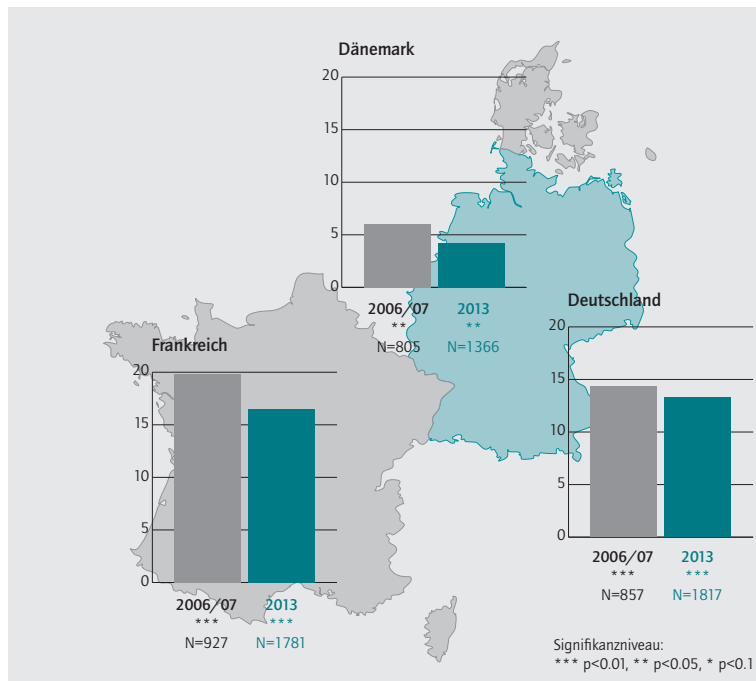
¹⁸ Vgl. OECD (2007): *Pensions at a Glance Public Policies across OECD Countries*, OECD publishing, Part III.

¹⁹ Die bisherige Ergebnisse bezüglich Gender Health Gaps in der selbsteingeschätzten Gesundheit sind nicht eindeutig: Einige Studien finden leichte Gaps zum Nachteil der Frauen, andere keine (vgl. Anne-Laure Humbert et al. (2015): *Gender Equality Index. Measuring gender equality in the European Union 2005-2012*. European Institute for Gender Equality; Sara Arber und Jay Ginn (1993): a. a. O.; Anna Oksuzyan et al. (2010): *Cross-national comparison of sex differences in health and mortality in Denmark, Japan and the US*. *Eur J Epidemiol*, 25, 471–480; Eileen Crimmins, Jung Ki Kim und Aida Solé-Auró (2010): *Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS*. *European Journal of Public Health*, 21(1), 81–91).

Abbildung 3

Absolute Gender Gaps bei depressiven Symptomen in Dänemark, Deutschland und Frankreich

Kontrolliert auf Alter, in Prozentpunkten



Anmerkung: Ermittlung der Häufigkeit depressiver Symptome auf Basis von EURO-D. Die dargestellten absoluten Unterschiede beziehen sich jeweils auf den geschlechtsspezifischen Anteil derer, die einen EURO-D-Wert von vier oder höher haben.

Quelle: SHARE, eigene Berechnungen, querschnittsgewichtet.

© DIW Berlin 2017

Der absolute Gender Gap bei depressiven Symptomen ist in Dänemark deutlich geringer als in Deutschland und Frankreich.

haben Frauen in 2006/07 (2013) somit eine um 110 Prozent (73 Prozent) höhere Wahrscheinlichkeit als depressiv eingestuft zu werden als Männer (Abbildung 4).

Der geschlechtsspezifische Unterschied in der mentalen Gesundheit ist in Dänemark deutlich geringer: Der Anteil depressiver Frauen ist hier nur um sechs (Jahr 2006/07) beziehungsweise vier Prozentpunkte (Jahr 2013) höher als bei Männern.²⁰ In Frankreich liegt

²⁰ Dieses Ergebnis fügt sich in die bisherigen Erkenntnisse der internationalen Literatur zur Gender Gap in der mentalen Gesundheit ein. Es können länderübergreifend große Unterschiede zum Nachteil von Frauen gefunden werden, wobei häufig eine geringere Differenz in Dänemark festgestellt wird (vgl. Michael Dewey und Martin Prince (2005): Mental health. In: Börsch-Supan et al. Health, ageing and retirement in Europe—first results from the survey of health, ageing and retirement in Europe. MEA Eigenverlag, Mannheim, 108–117; George B. Ploubidis und Emily Grundy (2009): Later-life mental health in Europe: A country-level comparison. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 64(5), 666–676; Eileen Crimmins, Jung Ki Kim und Aida Solé-Auró (2010): a. a. O.; Anna Oksuzyan et al. (2010): a. a. O.).

der absolute Unterschied bei 20 Prozentpunkten für 2006/07 beziehungsweise 17 Prozentpunkten für 2013 und somit höher als in Deutschland zum jeweiligen Zeitpunkt. Aufgrund einer höheren Depressionsrate für Männer in Frankreich liegen die relativen Gender Gaps für Depressionen jedoch in Frankreich leicht unter den deutschen Werten.

Es wird also bezüglich der relativen geschlechtsspezifischen Unterschiede im Auftreten depressiver Symptome ein länderübergreifendes Muster festgestellt, das dem des Gender Pension Gaps sehr ähnlich ist. Insbesondere im Vergleich zwischen Deutschland und Dänemark zeichnet sich in beiden Dimensionen in Dänemark ein deutlich weniger starkes Geschlechtergefälle ab.

Unklares Muster bei weiteren Maßen der Gesundheit

Neben dem oben genannten selbsteingeschätzten Gesundheitszustand wurden weitere Indikatoren für körperliche oder allgemeine Gesundheit im Ländervergleich analysiert. Zusammengefasst zeigen diese Indikatoren ebenfalls zum Teil signifikante Gender Health Gaps, wobei jedoch kein klares allgemein übergreifendes Muster der länderspezifischen Unterschiede festzustellen ist. Untersucht man beispielsweise die Häufigkeit chronischer Krankheiten nach Geschlecht, so zeigt sich, dass der relative Gender Gap in Dänemark am höchsten ist. Ein anderes Beispiel ist die Einschränkung bei instrumentellen Aktivitäten im Alltag.²¹ Die geschlechtsspezifischen Differenzen in Deutschland und Frankreich sind hier auf einem vergleichbaren Niveau, in Dänemark geringer.

Schlussfolgerungen

Die ländervergleichende Analyse der Gender Gaps in Renteneinkommen und Gesundheit zeigt, dass in Deutschland eine Rentenlücke besteht, die im Vergleich zum aktuellen Gender Pay Gap sowie insbesondere im Vergleich mit Dänemark erheblich ist. Parallel zur Rentenlücke besteht in Deutschland ein stärker ausgeprägtes geschlechtsspezifisches Gefälle bei depressiven Symptomen im Rentenalter im Vergleich zu Dänemark.

Ein kausaler Zusammenhang zwischen der Ungleichheit im Renteneinkommen und Depressionen lässt sich durch diese Studie nicht ableiten. Jedoch deuten die Ergebnisse anderer wissenschaftlicher Studien auf einen

²¹ Dieser Indikator gibt die Anzahl von Einschränkungen bei sogenannten instrumentellen Aktivitäten im Alltag an. Hierfür werden sieben solcher Aktivitäten wie beispielsweise das Zubereiten von warmen Mahlzeiten, Telefonieren oder das Einnehmen von Medikamenten erfragt. Für die Analyse wurde der Indikator in zwei Gruppen kategorisiert: „keine Einschränkung“ und „eine oder mehr Einschränkungen“.

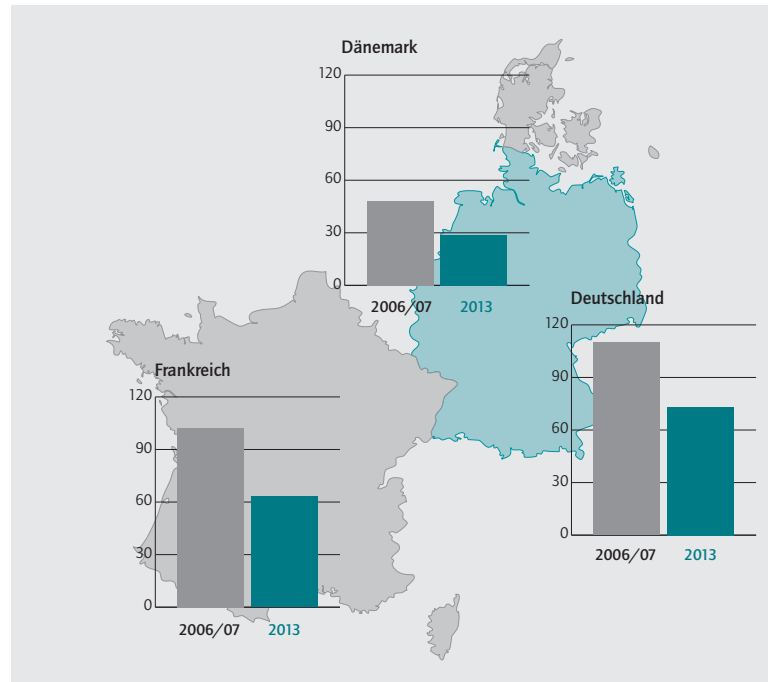
kausalen Zusammenhang zwischen der individuellen wirtschaftlichen Situation und Gesundheit hin. Übertragen auf das Einkommen im Alter könnte dies bedeuten, dass ein egalitärer verteiltes Einkommen im Ruhestand sich auch auf eine egalitärer verteilte mentale Gesundheit in der Gesellschaft auswirkt.

Aktuell debattierte Maßnahmen zur Verringerung der geschlechtsspezifischen Ungleichheiten während der Erwerbsphase, wie die Einführung der individuellen Besteuerung von Ehepartnern²² oder die vollständige Umsetzung des Entgelttransparenzgesetzes²³, können einen Beitrag zur künftigen Eindämmung der Rentelücke leisten. Die hier vorgestellten Ergebnisse sprechen darüber hinaus dafür, dass sich durch diese Maßnahmen auch geschlechtsspezifische Unterschiede bei depressiven Symptomen reduzieren lassen.

Abbildung 4

Relative Gender Gaps bei depressiven Symptomen in Dänemark, Deutschland und Frankreich

Kontrolliert auf Alter, in Prozent



Anmerkung: Ermittlung der Häufigkeit depressiver Symptome auf Basis von EURO-D. Die dargestellten relativen Unterschiede beziehen sich jeweils auf den geschlechtsspezifischen Anteil derer, die einem EURO-D-Wert von vier oder höher haben.

Quelle: SHARE, eigene Berechnungen, querschnittsgewichtet.

© DIW Berlin 2017

Der relative Gender Gap bei depressiven Symptomen ist in Deutschland am größten und in Dänemark am niedrigsten.

22 Vgl. Stefan Bach (2017): Frauen bekommen nur ein Drittel aller Einkommen. DIW Wochenbericht Nr. 43.

23 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2017): Informationen zum Gesetz zur Förderung der Entgelttransparenz (online verfügbar).

Peter Haan ist Leiter der Abteilung Staat am DIW Berlin | phaana@diw.de

Anna Hammerschmid ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Staat am DIW Berlin | ahammerschmid@diw.de

Carla Rowold ist Studentische Mitarbeiterin in der Abteilung Staat am DIW Berlin | crowold@diw.de

JEL: I10, I14, J14, J16, J26

Keywords: Gender Pension Gap, Gender Health Gap, Germany, Denmark, France

This report is also available in an English version as DIW Economic Bulletin 43/2017:

www.diw.de/econbull





DIW Berlin – Deutsches Institut
für Wirtschaftsforschung e.V.
Mohrenstraße 58, 10117 Berlin
T +49 30 897 89 -0
F +49 30 897 89 -200
84. Jahrgang

Herausgeberinnen und Herausgeber

Prof. Dr. Tomaso Duso
Dr. Ferdinand Fichtner
Prof. Marcel Fratzscher, Ph.D.
Prof. Dr. Peter Haan
Prof. Dr. Claudia Kemfert
Prof. Dr. Lukas Menkhoff
Prof. Johanna Mollerstrom, Ph.D.
Prof. Karsten Neuhoff, Ph.D.
Prof. Dr. Jürgen Schupp
Prof. Dr. C. Katharina Spieß
Prof. Dr. Gert G. Wagner

Chefredaktion

Dr. Crijte Hartmann
Dr. Wolf-Peter Schill

Redaktion

Renate Bogdanovic
Dr. Franziska Bremus
Claudia Cohnen-Beck
Prof. Dr. Christian Dreger
Dr. Daniel Kempfner
Sebastian Kollmann
Markus Reiniger
Mathilde Richter
Dr. Alexander Zerrahn

Lektorat

Vaishali Zambre
Dr. Katharina Wrohlich
Sophia Schmitz

Vertrieb

DIW Berlin Leserservice
Postfach 74
77649 Offenburg
leserservice@diw.de
Tel. (01806) 14 00 50 25
20 Cent pro Anruf
ISSN 0012-1304
ISSN 1860-8787 (Online)

Gestaltung

Edenspiekermann

Satz

Satz-Rechen-Zentrum, Berlin

Druck

USE gGmbH, Berlin

Nachdruck und sonstige Verbreitung –
auch auszugsweise – nur mit Quellen-
angabe und unter Zusendung eines
Belegexemplars an die Serviceabteilung
Kommunikation des DIW Berlin
(kundenservice@diw.de) zulässig.

Gedruckt auf 100 % Recyclingpapier.