

SUBJEKTIVE GESUNDHEIT IM VERRENTUNGSPROZESS

Linda Beyreuther, Christiane Lübke und Valentina Ponomarenko

Zusammenfassung: Im vorliegenden Beitrag werden die Auswirkungen des Übergangs in den Ruhestand auf die subjektive Gesundheit untersucht. Des Weiteren sollen Faktoren identifiziert werden, die positiv auf die Wahrnehmung der Gesundheit im Verrentungsprozess wirken. Den theoretischen Rahmen bildet das Konzept der Salutogenese. Die Datengrundlage stellen die erste und zweite Welle des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) dar. In die Analysen gehen neben soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen auch Indikatoren für soziale Beziehungen und die objektive Gesundheit ein. Zudem werden die Bedingungen des Übergangs und das persönliche Empfinden berücksichtigt. Es zeigt sich ein negativer Effekt des Übergangs auf die Gesundheit. Als schützende, also den Effekt verringernde, Faktoren haben sich ein hohes Bildungsniveau und eine gute objektive Gesundheit erwiesen. Des Weiteren beeinflussen die Gründe für den Renteneintritt die subjektive Gesundheit im Übergang in den Ruhestand.

Stichworte: Subjektive Gesundheit; Übergang in den Ruhestand; Salutogenese; Bedingungen des Renteneintritts

1 Einleitung

Die Alterung der Gesellschaft stellt eine große Herausforderung für die europäischen Länder dar. Während der Anteil der Rentner wächst, stehen diesen immer weniger Berufstätige gegenüber. Aus dieser Konstellation ergeben sich enorme Folgen für die sozi-

alen Sicherungssysteme. In der öffentlichen Diskussion um Frühverrentung und Erhöhung des Renteneintrittsalters kommt die persönliche Situation der Rentner oft zu kurz. Dabei ist der Übergang in den Ruhestand ein einschneidendes Lebensereignis, das mit vielfältigen Veränderungen für die Betroffenen verbunden ist (Mayring 2000). Der neue Lebensabschnitt geht mit dem Abschied vom Arbeitsplatz und finanziellen Einbußen einher. Sorgen um gesundheitliche Beeinträchtigungen und die zukünftige Lebensgestaltung entstehen. Das macht einen Anpassungs- und Bewältigungsprozess nötig, der die Gesundheit beeinflussen kann. Daher sollen im Folgenden die gesundheitlichen Konsequenzen des Übergangs in den Ruhestand im Zentrum des Interesses stehen. Die erste Forschungsfrage lautet: *Welche Auswirkungen hat der Übergang in den Ruhestand auf die Einschätzung der eigenen Gesundheit?*

Die Analyse des Übergangs in den Ruhestand stellt einen Schwerpunkt sowohl für soziologische als auch für psychologische Untersuchungen dar. Ging die Forschung zunächst von einer globalen Krisentheorie aus, stehen heute die unterschiedlichen Auswirkungen in einzelnen Lebensbereichen im Forschungsinteresse. Mayring (2000: 125) unterscheidet drei Phasen in der Pensionierungsforschung. In den 50er und 60er Jahren wurde vorrangig auf die Probleme, die in der Übergangsphase in den Ruhestand entstanden, hingewiesen. Das Ausscheiden aus dem Beruf galt als Grenze zum Alter, als krisenhaftes Lebensereignis. Das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben war mit Verlust von Ansehen und „sinnvoller Beschäftigung“ verbunden. So hob die vorherrschende Krisentheorie vor allem die negativen (gesundheitlichen) Auswirkungen hervor. Aufgrund der Analysen von Sterbehäufigkeiten entstanden Schlagwörter wie „Pensionierungsbankrott“ oder „Pensionierungstod“. Diese Ansicht konnte in den 70er und 80er Jahren revidiert werden. In großangelegten Studien in den

USA zeigte sich ein überwiegend positives Bild. Lediglich eine Minderheit empfand den Übergang in den Ruhestand als negativ. Der wohlverdiente Ruhestand wurde als Chance für Familie und Hobbies gesehen. In der Folge wird die Rentenphase seit den 80er Jahren differenzierter betrachtet.

Das sinkende Einstiegsalter, die finanziellen Absicherungssysteme und die gestiegene Lebenserwartung machen die Rentenzeit zu einer eigenständigen Lebensphase mit vielfältigen Möglichkeiten der Freizeitgestaltung (Kohli & Künemund 2000). Aktuelle Untersuchungen betrachten den Übergang in den Ruhestand und die auftretenden Auswirkungen daher differenzierter. Im Zentrum steht die Frage nach den Risikofaktoren für die Verschlechterung der Gesundheit.

Daran anschließend konzentriert sich diese Arbeit in einem zweiten Schritt auf die Einflussfaktoren, die das Risiko einer schlechten Einschätzung der Gesundheit im Verrentungsprozess abmildern. Es soll geklärt werden: *Welche Faktoren beeinflussen die subjektive Gesundheit im Verrentungsprozess?*

Als theoretischer Rahmen für diese Arbeit dient das Konzept der Salutogenese. Der Ansatz ist vorwiegend kognitiv und psychologisch orientiert. Er bereitet jedoch die Grundlage für soziologische Modelle. Die soziologische Perspektive konzentriert sich auf die Untersuchung der sozialen und gesellschaftlichen Einflüsse auf die Gesundheit. Entsprechend ändert sich auch die Sichtweise. Untersucht werden die sozialen und persönlichen Faktoren, die im Verrentungsprozess als Widerstandsressourcen dienen und zu einer positiven Einschätzung der Gesundheit führen.

Zur Beantwortung dieser Fragen gehen wir in zwei Schritten vor. Zunächst werden die Gruppen Erwerbstätige, Personen im Übergang in den Ruhestand und Rentner gegenübergestellt. Im zweiten Schritt betrachten wir die Gruppe der Personen im Übergang in den Ruhestand gesondert. Ziel dieser Analyse ist es, die

Faktoren, die auf die subjektive Gesundheit im Verrentungsprozess wirken, näher zu bestimmen. Dabei konzentriert sich die vorliegende Analyse auf sozialdemographische und sozioökonomische Faktoren, sowie auf die Bedingungen des Übergangs. Neben den Gründen für den Renteneintritt wird auch das persönliche Empfinden der Situation betrachtet.

2 Theoretischer Rahmen

2.1 Gesundheit als wissenschaftliches Konzept

Gesundheit gilt als höchstes persönliches und gesellschaftliches Gut (WHO 1986). Dabei ist eine genaue Begriffsklärung gar nicht so einfach. Im Gegensatz zum lange dominierenden Krankheitsbegriff der Medizin, enthält das Konzept der Gesundheit neben körperlichen auch soziale und psychische, sowie gesellschaftliche Komponenten (Faltermaier 2005: 35). Ein grundlegendes Verständnis über Gesundheit und den zugrundeliegenden Mechanismen liefert das Konzept der Salutogenese. Im Mittelpunkt dieses Forschungsansatzes steht das

„Phänomen, dass Menschen trotz der Konfrontation mit einer Vielzahl von Gesundheitsrisiken gesund bleiben“ (Waller 2006: 20).

Dahinter verbirgt sich die Vorstellung, dass Gesundheit durch einen Gleichgewichtszustand zwischen Umwelanforderungen und den Bewältigungsmöglichkeiten des Individuums bestimmt wird. Ein wichtiger Baustein der Salutogenese ist die Annahme eines „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“ (Faltermaier 2005: 65). Damit ist das Kontinuum zwischen den Endpunkten Gesundheit und Krankheit gemeint. Es gibt keine klaren Grenzen zwischen gesund sein und krank sein, die Übergänge sind flie-

ßend. Die Einordnung eines Individuums auf diesem Kontinuum ist das Ergebnis eines interaktiven Prozesses. Eine Person ist belastenden Faktoren (Stressoren) ausgesetzt, denen sie mit schützenden Faktoren (Widerstandsressourcen) begegnet. Wenn Personen mit Stressoren konfrontiert werden, führt das zu einem Zustand der Spannung. Das Individuum versucht nun diese Spannungssituation zu bewältigen. Bei erfolgreicher Bewältigung verbessert sich die Gesundheit, bei erfolgloser entsteht Stress und die Gesundheit verschlechtert sich. Zu den belastenden Faktoren zählen eine Reihe von psychosozialen, physischen und biochemischen Stressoren (Waller 2006: 20).

2.2 Subjektive Gesundheit

Trotz der Schwierigkeiten Gesundheit einheitlich zu definieren, haben die meisten Menschen eine ziemlich genaue Vorstellung davon, was Gesundheit und Krankheit für sie bedeutet. Diese persönlichen Auffassungen über Gesundheit wird als subjektive Gesundheit bezeichnet. Das Konzept erfasst die „soziale Konstruktion von Gesundheit“ (Waller 2006: 14).

Gesundheit hat für jeden Menschen eine eigene Bedeutung, die auf unterschiedliche Erfahrungen und persönliche Interpretationen zurückgeht. Während die objektive Gesundheit anhand festgelegter Kriterien (bspw. körperliche Leistungsfähigkeit) aus einer externen Sicht heraus festgestellt wird, geht es bei der subjektiven Gesundheit um die Wahrnehmung durch den Betroffenen.

„Thus, self-ratings provide a simple, direct, and global way of capturing perceptions of health using criteria that are as broad and inclusive as the responding individual chooses to make them.“
(Idler & Benyamini 1997: 22)

Das heißt, in die subjektive Gesundheit fließen neben objektiven gesundheitlichen Umständen auch individuelle Wertmaßstäbe, Motive und Gesundheitsvorstellungen ein.

Trotz seiner Subjektivität hat sich die Selbsteinschätzung der Gesundheit als hervorragender Gesundheitsindikator erwiesen. Wiederholt konnte gezeigt werden, dass die Selbsteinschätzung ein signifikanter und unabhängiger Prädiktor für spätere Morbidität und Mortalität ist (Idler & Benyamini 1997). Die subjektive Gesundheit enthält Dimensionen, die durch andere Gesundheitsmessungen nicht erfasst werden. Besonders im Alter, wenn Krankheiten und Gebrechen wahrscheinlicher werden, nimmt der Stellenwert der Einschätzung der Gesundheit zu. Der Alterungsprozess geht natürlicherweise mit der Zunahme von (chronischen) Krankheiten und Beschwerden einher, was sich auch in der subjektiven Gesundheit widerspiegelt (Gunzelmann et al 2006: 115f). Jedoch zeigt sich eine Diskrepanz zwischen objektiver und subjektiver Gesundheit im Alter. So wird die Gesundheit als negativ bewertet, wenn die körperlichen Beschwerden die Bewältigung des Alltags erschweren. Es gelingt älteren Menschen jedoch sich an die krankheitsbedingten Einschränkungen anzupassen. Gesundheitliche Einschränkungen führen nicht zwangsläufig zu einer schlechteren Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Das liegt zum einen an der veränderten Bezugsgruppe. Denn die subjektive Gesundheit einer Person steht immer im Zusammenhang mit der Gesundheit anderer Personen, mit denen man sich vergleicht. Zum anderen verändern sich die Ansprüche an die eigene Gesundheit mit zunehmendem Alter. Demnach bewerten ältere Menschen ihre subjektive Gesundheit anders als jüngere (Groot 2000: 413).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Bewertungsmaßstäbe im Alterungsprozess an den verschlechterten objektiven Gesundheitszustand anpassen. Damit ist die Ver-

schlechterung der subjektiven Gesundheit im Alter nicht nur auf einen Alterseffekt zurückzuführen. Die Wahrnehmung und Bewertung der eigenen Lebenssituation beeinflusst ebenfalls die subjektive Gesundheit. Durch bestimmte Ereignisse kann sich diese ändern und damit die Bewertung der Gesundheit beeinflussen. Im Folgenden soll die Situation des Renteneintritts als ein solches Ereignis betrachtet werden.

3 Analyseansatz

3.1 Übergang in den Ruhestand als „stressvolles“ Ereignis

Der Übergang in den Ruhestand markiert den Beginn einer neuen Lebensphase. Atchley (1994: 165) definiert die Renteneintrittsphase als

„the institutionalized separation of an individual from his [or her] occupational position“.

Demnach ist das Hauptmerkmal der Pensionierung das altersbedingte Ausscheiden einer Person aus der Erwerbstätigkeit. Daneben geht der Renteneintritt mit vielen weiteren Veränderungen einher. Mayring (2000) untersucht die Zufriedenheit im Übergang in den Ruhestand in einer Längsschnittanalyse. Empirisch zeigt sich insgesamt ein positives Bild. Die Lebenszufriedenheit bleibt annähernd konstant. Werden verschiedene Lebensbereiche betrachtet, ergibt sich ein differenziertes Bild. Folgende Veränderungen stellt Mayring fest:

- Der Austritt aus dem Erwerbsleben ist mit finanziellen Einbußen und geringeren Einkommen verbunden.
- Die gesundheitliche Beschwerden nehmen im natürlichen Alterungsprozess kontinuierlich zu.

- Der Ruhestand wird als Gelegenheit zum Reisen und für den Ausbau von Hobbies gesehen.
- Die Wahrnehmung des gesellschaftlichen Status sinkt. Rentner kommen sich oft als weniger wert, vielleicht abgeschoben, vor.

Diese einschneidenden Veränderungen können den Übergang in den Ruhestand zu einem „Stressful Life Event“ (Minkler 1981: 119) machen. Daran anlehnend wird der Übergang in den Ruhestand anhand des Konzepts der Salutogenese als Stressor konstruiert. Die vielfältigen, oben beschriebenen Veränderungen stellen eine Stressquelle dar und machen einen Bewältigungsprozess notwendig.

Abbildung 3-1 enthält eine schematische Darstellung dieses Bewältigungsprozesses. Je nach erfolgreicher oder erfolgloser Bewältigung verändert sich die Gesundheit. Eine Person bewegt sich auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum nach rechts oder links. Ihre Gesundheit wird besser oder schlechter eingeschätzt. Im Bewältigungsprozess stehen der Person schützende Einflussfaktoren zur Verfügung. Die Widerstandsressourcen erhöhen die Chance zur besseren subjektiven Gesundheit. U.a. wirken soziodemographische, sozialstrukturelle Merkmale, sowie die objektive Gesundheit und soziale Beziehungen im Bewältigungsprozess. Diese Variablen sollen in einem späteren Schritt näher betrachtet werden. Zunächst geht es um die Frage, welchen Einfluss der Verrentungsprozess auf die subjektive Gesundheit hat.

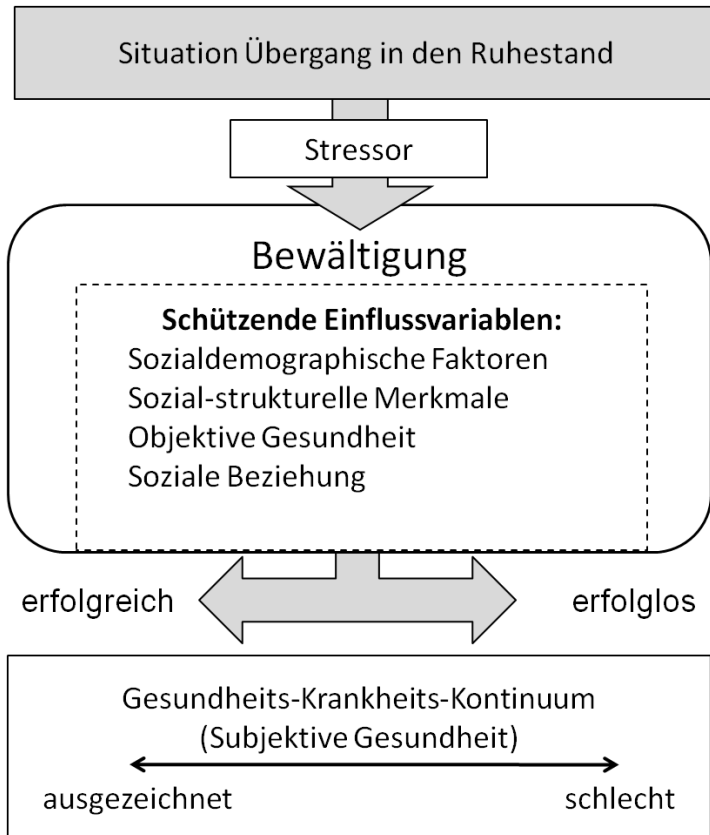


Abbildung 3-1: Modellierung des Übergangs in den Ruhestand als Stressor nach dem Konzept der Salutogenese (Eigene Darstellung, nach Faltermaier 2005: 66)

3.2 Gesundheit im Verrentungsprozess

Wie bereits dargelegt, stellt der Übergang in den Ruhestand eine Umbruchsituation dar, die vor allem durch den Wegfall der positiven Faktoren der Erwerbstätigkeit gekennzeichnet ist. Die Erwerbstätigkeit bestimmt den Alltag der meisten Menschen. Durch die Ausübung des Berufs werden kognitive Fähigkeiten gefordert sowie die finanzielle Existenz gesichert. Hinzu kommt, dass viele

Freundschaften und Bekanntschaften durch den Arbeitsplatz vermittelt werden. Darüber hinaus definiert die Erwerbstätigkeit in unserer Gesellschaft den Status und verleiht einer Person eine soziale Identität. Welchen entscheidenden Einfluss die Erwerbstätigkeit auf die subjektive Gesundheit hat, zeigt sich am deutlichsten, wenn die Erwerbstätigkeit wegfällt. So zeigen Untersuchungen immer wieder eine Verschlechterung der Gesundheit bei (Langzeit-) Arbeitslosen (Ross & Mirowsky 1995). Der Verlust der Arbeit erhöht die Wahrscheinlichkeit für psychische und körperliche Erkrankungen und korreliert negativ mit der subjektiven Gesundheit. In Bezug auf die betrachtete Gruppe der älteren Menschen lautet die erste Hypothese deshalb:

Personen, die sich in einem Arbeitsverhältnis befinden, schätzen ihre Gesundheit besser ein als Personen, die nicht arbeiten. (H1)

Bei der Betrachtung des Übergangs in den Ruhestand als potenziellen Stressor vermuten wir Folgendes:

Der Wechsel in den Ruhestand führt zu einer Verschlechterung der subjektiven Gesundheit. (H2)

Doch nicht jeder erlebt den Übergang gleich. Verschiedene gesellschaftliche Faktoren beeinflussen die Wahrnehmung der Verrentung und damit die Auswirkungen auf die subjektive Gesundheit des Einzelnen.

3.3 Länderspezifische Betrachtung der Gesundheit im Verrentungsprozess

Die Gestaltung des Rentensystems eines Landes wirkt sich nicht nur auf den Zeitpunkt und die Umstände des Renteneintritts eines Arbeitnehmers aus. Es wird unterstellt, dass es auch auf die subjektive Gesundheit einen Einfluss ausübt.

In der Mehrheit der europäischen Ländern gehen ältere Personen unter ähnlichen demographischen Bedingungen in den Ruhestand. Das Erreichen einer bestimmten Altersgrenze qualifiziert Arbeitnehmer üblicherweise für den Renteneintritt. Neben dem regulären Renteneintritt, ist ein Trend der Frühverrentung in allen westlichen Staaten zu beobachten (Ebbinghaus 2008: 261). Unterschiede bestehen dennoch hinsichtlich der Arbeitsmarktbeteiligung älterer Arbeitnehmer und dem Ausmaß der Frühverrentung. So unterscheiden sich Länder vor allem hinsichtlich des durchschnittlichen Renteneintrittsalter (Börsch-Supan & Croda 2009: 356). Wir nehmen an, dass der Ausbau der Frühverrentungsmöglichkeiten auch die individuelle Situation einer Person im Übergang beeinflusst.

Sind Individuen in der Lage einer Erwerbsarbeit nachzugehen, so bleiben sie physisch und psychisch länger gesund. Bei einem frühen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben erwarten wir eine schlechtere Gesundheit, da die Herausforderungen des Erwerbslebens wegfallen.

Je früher der Übergang in den Ruhestand erfolgt, desto weniger Zeit bleibt für die Vorbereitung. Ein unvorbereiteter oder gar „plötzlicher“ Austritt aus dem Erwerbsleben löst Stress aus. Zwar hat der langanhaltende Trend der Frühverrentung zu einer kontinuierlichen Senkung des Renteneintrittsalters geführt, dass dürfte sich aber „in diesem Umfang im Bewusstsein der Mehrheit kaum verankert“ haben (v. Rosenstiel 1994: 231f). Diese fehlende Phase der Vorbereitung verstärkt das Empfinden des Übergangs als stressvolles Ereignis.

Um unsere Hypothesen länderspezifisch zu untersuchen, soll die Analyse getrennt für die Länder Italien, Deutschland und Schweden durchgeführt werden. Die drei Länder stehen exemplarisch für die verschiedenen Übergangsmuster, die in Europa verbreitet sind. Während Schweden durch eine aktive Arbeitsmarkt-

politik die Beschäftigung Älterer fördert und somit den Renteneintritt verzögert, gehen viele Italiener trotz geringer Sozialleistungen früh in Rente (Eurostat 2007). Deutschland stellt einen Mittelweg dar. Zum einen gibt es staatlich geförderte Frühverrentungsprogramme, die einen gesicherten Übergang ermöglichen, gleichzeitig besteht das Problem der Altersarbeitslosigkeit. Frühverrentung ist in Deutschland eine gängige Methode des betrieblichen Stellenabbaus (Kistler & Hilpert 2001: 8f). Entsprechend diesen zu beobachtenden Unterschieden, erwarten wir folgendes:

Schweden haben im Vergleich zu Deutschen eine bessere Gesundheit im Übergang in den Ruhestand. (H3)

Italiener erleben den Übergang als stressreicher als Deutsche, ihre Gesundheit ist entsprechend schlechter. (H4)

3.4 Einflussvariablen auf die subjektive Gesundheit im Verrentungsprozess

Bei der Betrachtung der subjektiven Gesundheit im Verrentungsprozess spielt eine Reihe von Faktoren eine Rolle. Der Übergang in den Ruhestand und die damit verbundenen Folgen müssen unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Bedingungen und der persönlichen konkreten Rahmenbedingungen betrachtet werden (Mayring 2000: 125). Der Verrentungsprozess führt nicht automatisch zu einer schlechten subjektiven Gesundheit. Die Einschätzung der Gesundheit ist das Ergebnis eines Anpassungsprozesses. In diesem Prozess stehen den Individuen verschiedene Widerstandsressourcen zur Verfügung. Die subjektive Gesundheit hängt demnach von einer Vielzahl persönlicher, sozialer und materieller Faktoren ab.

Ein erster Faktor auf der Individualebene ist der Familienstand. Dabei wird davon ausgegangen, dass eine familiäre Ein-

bindung und die Existenz eines (Ehe-)Partners positiv auf die subjektive Gesundheit im Verrentungsprozess wirken. Eine Vielzahl von Untersuchungen konnte zeigen, dass verheiratete Personen eine geringere Mortalität aufweisen als Unverheiratete (Smith & Christakis: 2008: 408). Es konnte jedoch nicht abschließend geklärt werden, ob dies auf einen Selektionsprozess oder auf einen Kausaleffekt zurückzuführen ist. Es ist jedoch anzunehmen, dass ein Partner bei der Bewältigung schützend wirkt. Deshalb vermuten wir, dass

Personen, die mit einem Partner zusammenleben, ihre Gesundheit besser einschätzen als Alleinstehende. (H5)

Weiter besteht ein Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der Einschätzung der Gesundheit. Soziale Ungleichheit und die Auswirkungen auf die Gesundheit ist in vielen Studien untersucht worden (Knesebeck 2000). Sozial besser gestellte Personen weisen geringere Morbiditäts- und Mortalitätsraten auf. Ähnliche Zusammenhänge erwarten wir auch bei der Betrachtung der Übergangsphase. Ein höherer sozioökonomischer Status geht meist mit höherem Einkommen und höherer Bildung einher. Somit verfügen Personen mit höherem sozioökonomischen Status über mehr Ressourcen, um die einschneidenden Veränderungen im Verrentungsprozess zu bewältigen. Außerdem liegt die Annahme nahe, dass die finanziellen Konsequenzen mit steigendem Status geringer ausfallen. Hypothese H6 lautet entsprechend:

Je höher der sozioökonomische Status, desto besser wird die subjektive Gesundheit bewertet. (H6)

Der sozioökonomische Status soll über das Einkommen und den Bildungsjahren in der Analyse abgebildet werden.

Bei der Betrachtung der gesundheitlichen Effekte des Übergangs in den Ruhestand müssen die Bedingungen des Austrittes betrachtet werden. So haben sich die Rentenbedingungen seit den

70er Jahren grundlegend geändert. Die Heterogenität der Übergänge in den Ruhestand hat zugenommen (Henretta 1997). Pensionierung ist nicht mehr vorrangig eine Strategie zur Anpassung an gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Das sinkende Einstiegsalter, das finanzielle Absicherungssystem und die gestiegene Lebenserwartung machen die Rentenzeit zu einer eigenständigen Lebensphase mit vielfältigen Möglichkeiten der Freizeitgestaltung. In dieser Arbeit werden daher die Gründe für den Renteneintritt in die Untersuchung aufgenommen. Dabei nehmen wir an, dass

Personen, die mit dem Erreichen des gesetzlichen Rentenalters in den Ruhestand gehen, schätzen ihre Gesundheit besser ein als Personen, die frühzeitig aus dem Erwerbsleben austreten. (H7)

Die Gründe für das frühzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben sind sehr vielfältig. Zum einen steigt der Anteil an Personen, die freiwillig früher in den Ruhestand gehen. Diese Personen wollen u.a mehr Zeit mit der Familie verbringen und das Leben genießen. Dieser Umstand dürfte positiv mit der subjektiven Gesundheit einhergehen. Gleichzeitig nehmen die Fälle von Altersarbeitslosigkeit und betrieblich bedingten Vorruhestandsregelungen zu. Diese Personen haben oft nicht die Wahl und erleben die Verrentung eher als Zwang. Es ist zu vermuten, dass sich diese Gründe negativ auf die Einschätzung der Gesundheit auswirken. Unsere Hypothese H8 lautet daher:

Die Gründe für die Verrentung beeinflussen die subjektive Gesundheit. (H8)

Inwieweit die verschiedenen Gründe für den Renteneintritt einen positiven Effekt auf die Gesundheit haben, hängt auch davon ab, wie der Übergang in den Ruhestand empfunden wird. Das Ausscheiden aus dem Berufsleben kann als Erleichterung oder Belastung angesehen werden. Die Bewertung der eigenen Situation ist

abhängig von dem persönlichen Stellenwerte der eigenen beruflichen Tätigkeit und den Rahmenbedingungen für den Ausstieg. So kann vor allem der frühzeitige, betrieblich begründete Renteneintritt als Belastung aufgefasst werden. Die Rentner fühlen sich noch arbeitsfähig und wollten eventuell noch nicht in den Ruhestand gehen. Im anderen Fall wird das Ende des Erwerbslebens als eher positiv wahrgenommen. Der neue Lebensabschnitt wird als wohlverdienter Ruhestand angesehen, der neue Möglichkeiten für Familie und Hobby bietet. Unsere letzte Hypothese lautet deshalb:

Eine Wahrnehmung der Verrentung als Erleichterung wirkt sich positiv auf die subjektive Gesundheit aus. (H9)

Bevor wir zur Überprüfung der Hypothesen kommen, werden die Datengrundlage und die Vorgehensweise vorgestellt.

4 Datengrundlage und Vorgehensweise

Als Datengrundlage für die Analysen dienen die erste und die zweite Welle, erhoben 2004 und 2006, des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)¹. Dabei handelt es

¹ Die Datengrundlage bildet das dritte Release der SHARE-Daten, veröffentlicht am 13. November 2009. Die Datenerhebung erfolgte in den Jahren 2004 bis 2007. Finanziert wurde das SHARE-Projekt hauptsächlich durch das 5. und 6. Rahmenprogramm der Europäischen Kommission (Projektnummer: QLK6-CT-2001-00360; RII-CT-2006-062193; CIT5-CT-2005-028857). Zusätzliche Finanzierung erfolgte durch das US National Institute on Aging (Bewilligungsnummern: U01 AG09740-13S2; P01 AG005842; P01 AG08291; P30 AG12815; Y1-AG-4553-01; OGHA 04-064; R21 AG025169), sowie durch weitere nationale Institutionen. Eine detaillierte Übersicht und weitere Informationen können auf der Homepage <http://www.share-project.org> gefunden werden.

sich um eine international vergleichende und multidisziplinäre Untersuchung. Durch den Panelcharakter des SHARE-Datensatzes ist es möglich den dynamischen Charakter des Alterungsprozesses zu untersuchen. Insgesamt wurden über 30.000 Personen im Alter von 50 Jahren und älter befragt. SHARE enthält u.a. Informationen zu den Bereichen Gesundheit, Erwerbstätigkeit, Familie und soziale Netzwerken (Börsch-Supan und Jürges 2008). Insbesondere der Bereich der Gesundheit wurde umfassender und valider erfasst als in anderen großen Surveys. Nicht nur Angaben zur Selbsteinschätzung und subjektiven Empfindungen, sondern auch objektive Daten, wie z.B. die Greifkraft oder die Gehgeschwindigkeit, wurden erhoben.

Die abhängige Variable in der Analyse ist, wie bereits erwähnt, die Selbsteinschätzung der Gesundheit, auch subjektive Gesundheit genannt. Die subjektive Gesundheit wird mittels Einzelfragenmessung erhoben. Dabei geht es um die Wahrnehmung und Bewertung der Gesundheit durch das Individuum selbst. Zur Messung der subjektiven Gesundheit werden verschiedene Varianten herangezogen, die sich vor allem durch ihre Antwortkategorien unterscheiden. Die Verwendung der US-Version führt eher zu einer symmetrischen Verteilung. Zudem besitzt sie eine kleinere Varianz als die europäische Version (Jürges et. al. 2007). Im Folgenden soll die US-Version verwendet werden. In SHARE lautet die Frage nach dem allgemeinen Gesundheitszustand also folgendermaßen:

Würden Sie sagen, Ihr Gesundheitszustand ist...

- | | |
|-----------------|---------------|
| • Ausgezeichnet | • Mittelmäßig |
| • Sehr gut | • Schlecht |
| • Gut | |

Um unser Forschungsinteresse bearbeiten zu können, ist es notwendig den bestehenden Datensatz einzugrenzen. Da sich die Fragestellung besonders auf die Personen im Übergang in den

Ruhestand konzentriert, grenzen wir das Datensample auf die Personen zwischen 50 und 75 Jahren ein. In diesem Altersspektrum ist der Übergang in den Ruhestand wahrscheinlich. Zudem werden Personen ausgeschlossen, die weder Erwerbstätige, Selbstständige noch Rentner sind. Durch diese Stichprobeneingrenzungen verbleiben für die weitere Betrachtung 10.237 Personen im Analysesample. Die Daten stammen aus 11 SHARE-Ländern Österreich, Deutschland, Schweden, Niederlande, Spanien, Italien, Frankreich, Dänemark, Griechenland, Schweiz und Belgien.

Zur Beantwortung unserer Fragestellung gehen wir in zwei Schritten vor. Zunächst werden wir die subjektive Gesundheit in Abhängigkeit von den Gruppen Erwerbstätige, Personen im Übergang in den Ruhestand und Rentner betrachten. Diese Analyse wird anschließend für die betrachteten Länder wiederholt. In einem zweiten Schritt wird die Gruppe der Personen im Übergang gesondert betrachtet, um mögliche Einflussfaktoren im Verrentungsprozess herauszustellen.

Dafür ist es, neben der oben beschriebenen Eingrenzung des Datensamples, nötig einige Variablen neu zu erstellen, aufzubereiten oder umzucodieren. Der folgende Abschnitt beschreibt unser Vorgehen, die Aufbereitung der unabhängigen Variablen und das Analyseverfahren.

Im ersten Schritt geht es um den Einfluss des Übergangs in den Ruhestand auf die subjektive Gesundheit. Zur Überprüfung der Hypothesen H1 und H2 wird eine Variable erstellt, die den Wechsel des Erwerbsstatus zwischen den zwei Befragungszeitpunkten beinhaltet. Befand sich eine Person zu den beiden Erhebungszeiträumen in einem Arbeitsverhältnis, wird sie der Gruppe ‚*Erwerbstätige*‘ zugeordnet. Analog wird eine Personen, die in der ersten und zweiten Welle Rentner war, der Gruppe ‚*Rentner*‘ zugeordnet. Die Gruppe ‚*Personen im Übergang in den Ruhestand*‘

enthält alle Personen, die in der ersten Welle berufstätig waren und sich in der zweiten Welle im Ruhestand befanden. Damit erfassen wir den Wechsel des Berufsstatus und sprechen im folgenden vom *‘Statuswechsel’*.

Abbildung 4-2 veranschaulicht diese Gruppeneinteilung. Die größte Gruppe stellen, wie zu erwarten war, die Rentner dar. Die Gruppe der Personen im Übergang dagegen ist nur sehr gering besetzt. Bei der Zuordnung der Personen in die jeweilige Gruppe wurde davon ausgegangen, dass sich der Zustand nur einmal verändert. Wir unterstellen, dass eine Person, die zu beiden Befragungszeitpunkten erwerbstätig war, dies auch im Zeitraum zwischen den Wellen war. Eventuelle Phasen der Arbeitslosigkeit oder Rückkehr in den Beruf werden nicht berücksichtigt.

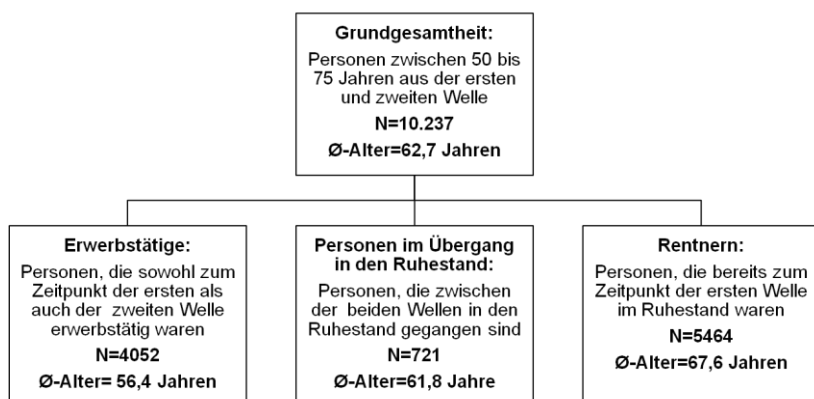


Abbildung 4-2 Untersuchungsgegenstand und Aufteilung der Grundgesamtheit in die Gruppen: Erwerbstätige, Personen im Übergang in den Ruhestand und Rentner (Eigene Darstellung)

Dieses Vorgehen bietet zwei entscheidende Vorteile. Zum einen ermöglicht die Aufteilung in die drei Gruppen die gesonderte Betrachtung der Personen, die sich in der Umbruchsituation der Verrentung befinden. Dadurch lässt sich der Übergang in den Ruhestand als Stressor nach dem Konzept der Salutogenese mo-

dellieren. Des Weiteren können Variablen, die die Bedingungen des Überganges beschreiben, in die Analysen aufgenommen werden.

Zum anderen ermöglicht dieses Vorgehen eine Annäherung an das Kausalitätsproblem, das zwangsläufig bei der Betrachtung der Gesundheit im Verrentungsprozess auftaucht. So können Querschnittsanalysen nicht klären, ob die Ausübung einer Erwerbstätigkeit eine bessere Einschätzung der Gesundheit bedingt oder ob Personen, die sich gesünder fühlen, länger erwerbstätig bleiben. Durch die Analyse von Daten aus nur einer Welle des SHARE-Datensatzes könnte nicht geklärt werden, ob der Übergang in den Ruhestand die Einschätzung der subjektiven Gesundheit beeinflusst oder umgekehrt. Um diesem Problem zu begegnen, verwenden wir Daten aus zwei aufeinanderfolgenden Wellen des SHARE-Survey.

Abbildung 4-3 verdeutlicht die „Herkunft“ der Variablen aus den beiden Wellen.

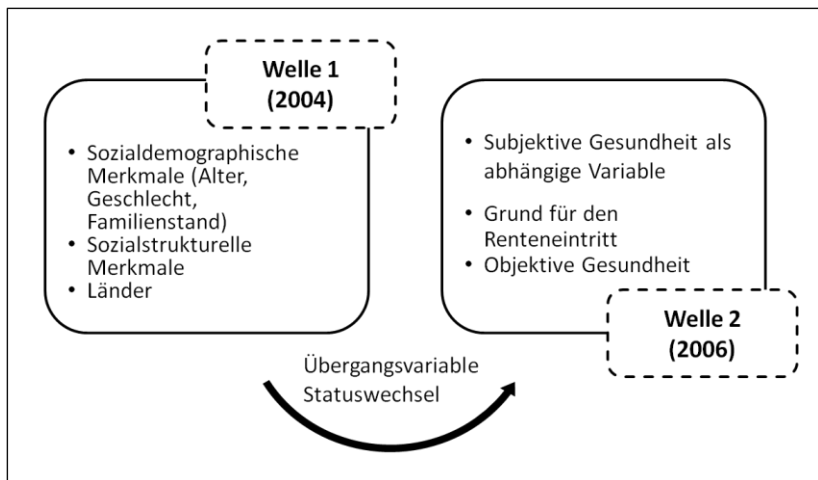


Abbildung 4-3 Schematische Darstellung der Herkunft der Variablen aus den Wellen 1 und 2 (Eigene Darstellung)

Aus der zweiten Welle stammen die Daten zur Selbsteinschätzung der Gesundheit, sowie die relevanten Variablen zum Renteneintritt und der Indikator zur Beurteilung der objektiven Gesundheit. Aus der ersten Welle hingegen nehmen wir die Kontrollvariablen, d.h. Alter, Geschlecht, Familienstand und die Länder, sowie Bildung und Einkommen. Die „Brücke“ zwischen den beiden Wellen bildet die bereits beschriebene Variable ‘Statuswechsel’, die den Wechsel des Erwerbsstatus einer Person zwischen den Befragungszeitpunkten erfasst. Durch diese Konstruktion wird eine Kausalität in dem Sinne unterstellt, dass der Austritt aus dem Erwerbsleben Einfluss auf die Selbsteinschätzung der Gesundheit nimmt.

Die Variable Familienstand unterscheidet zwischen ‘mit Partner zusammenlebend’ und ‘ohne Partner’. Dafür wird die Variable wie folgt klassiert. Als Person mit Partner gilt jeder, der als Familienstand *‚verheiratet und mit Ehegatten zusammenlebend‘* oder *‚in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend‘* angegeben hat. Die Personen, die *‚Verheiratet, getrennt vom Ehegatten lebend‘*, *‚ledig‘*, *‚geschieden‘* oder *‚verwitwet‘* angegeben haben, gehen als Personen ohne Partner in die Analyse ein. Etwa drei Viertel der Befragten befinden sich in einer Partnerschaft.

Ebenfalls als Kontrollvariablen gehen die Länder in die Analysen mit ein. Dadurch sollen eventuelle Länderunterschiede bezüglich des Renteneintrittsalters oder der Rentensystemen kontrollieren werden. Deutschland bildet die Referenzgruppe. Es soll die länderspezifische Relevanz der Faktoren auf die subjektive Gesundheit bestimmt werden.

Bei der Betrachtung der subjektiven Gesundheit ist es unumgänglich die objektive Gesundheit in die Analyse aufzunehmen, da es wahrscheinlich erscheint, dass eine Person mit einer längeren Krankheitsgeschichte ihre Gesundheit schlechter bewertet. SHARE liefert für eine differenzierte Betrachtungsweise des Ein-

flusses von erlebten Krankheiten eine Reihe von Indikatoren. So wurde das Vorhandensein von bestimmten häufigen Krankheiten, wie zum Beispiel Herzinfarkt, Schlaganfall, Asthma oder Bluthochdruck erfragt. Die Personen geben anhand einer Listenabfragung das Vorhandensein von Krankheiten an. Für die Analyse wird nach der Anzahl der vorhandenen Krankheiten klassiert. Die Befragten werden entsprechend in folgende Gruppen eingeteilt: *keine Krankheiten*, *eine Krankheit*, *zwei bis fünf Krankheiten* und *mehr als fünf Krankheiten*. Die Verteilung der Antworten auf diese Kategorien, mit Ausnahme der letzten, ist sehr gleichmäßig. Die meisten Personen (36,51 %) geben an, jemals an zwei bis fünf Krankheit gelitten zu haben.

Um unsere Hypothese H6 testen zu können, benötigen wir Indikatoren für den sozioökonomischen Status. Für das Bildungsniveau nehmen wir die Bildungsjahre als ordinalen Variable auf. Das Bruttohaushaltseinkommen, der zweite Indikator für den sozioökonomischen Status, wird mit der länderspezifischen Kaufkraft gewichtet. So kann eine internationale Vergleichbarkeit gewährleistet werden. Zudem wird das Haushaltseinkommen auf die Haushaltsgröße bezogen, das erste Mitglied geht mit einen Faktor von 1, jedes weitere Mitglied mit 0,7 ein.

Für den zweiten Schritt dieser Arbeit werden die Personen im Übergang in den Ruhestand noch einmal separat betrachtet. Dafür werden zu den bisherigen unabhängigen Variablen zwei weitere hinzugenommen.

Bei der ersten neuen Variable, die vor allem zur Überprüfung der Hypothesen H7/H8, aufgenommen wurde, handelt es sich um den Grund für den Renteneintritt. Als Personen die in eine *reguläre Rente* gegangen sind, gelten diejenigen, die *Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze*, *Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen für eine Altersrente* oder *Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen für eine Betriebsrente* angegeben haben. Die Per-

sonen, die *‚Erhielt Angebot für eine Vorruhestandsregelung‘* als Rentengrund nannten, wurden in die Gruppe *‚Frühverrentung‘* eingeordnet. Personen, die den Grund *‚Wurde gekündigt (erhalte z.B. Vorruhestandsbezüge, Arbeitslosengeld, o.ä.)‘* angaben, betrachten wir in der Gruppe *‚betrieblich bedingte Rente‘*. In der Gruppe der Personen, die aus *‚gesundheitlichen Gründen‘* in den Ruhestand gegangen sind, befinden sich diejenigen die *‚Mein schlechter Gesundheitszustand‘* oder *‚Der schlechte Gesundheitszustand von Familienangehörigen oder Freunden‘* als Rentengrund nannten. Die Befragten, die *‚Um zur gleichen Zeit wie Ehegatte oder Partner/in in Ruhestand zu gehen‘*, *‚Um mehr Zeit mit der Familie zu verbringen‘* oder *‚Um das Leben zu genießen‘* genannt haben, werden in der Gruppe *‚familiäre Gründe‘* zusammengefasst.

Die zweite Variable dient zur Überprüfung der Hypothese H9 und bezieht sich auf die Wahrnehmung der Verrentung. Die Antworten auf die Frage *‚Seit Sie zu arbeiten aufgehört haben - empfinden Sie den Ruhestand eher als eine Erleichterung oder als eine Belastung‘* gab es folgende Antwortkategorien: *‚Erleichterung‘*, *‚Belastung‘*, *‚Weder Erleichterung noch Belastung‘* und *‚Sowohl Erleichterung als auch Belastung‘*. Alle drei Kategorien gehen in die Analyse ein, die Referenzgruppe bilden die Personen, die den Renteneintritt als Belastung empfanden.

Da es sich bei unserer unabhängigen Variable *‚Selbsteinschätzung der Gesundheit‘* um eine ordinale Variable handelt, wird in allen Schritten ein Proportional-Odds-Modell gerechnet. Bei dieser Vorgehensweise wird der Eigenschaft Rechnung getragen, dass die Ausprägungen der Variable in einer Ordnungsrelation zueinander stehen, die Abstände zwischen benachbarten Ausprägungen jedoch unbekannt sind (McKelvey & Zavoina 1975). Bei einem Proportional-Odds-Modell werden rangniedrige gegenüber ranghöhere Kategorien, d. h. schlechte gegenüber bessere Ein-

schätzung der Gesundheit, verglichen. Dadurch vereinfacht sich die Interpretation dahingehend, dass nicht für jeden Vergleich der Ausprägungen ein eigener Koeffizient geschätzt und interpretiert werden muss. In einem zweiten Schritt werden aus den Koeffizienten kumulierte Wahrscheinlichkeiten, so genannte Odds Ratios. Dies erleichtert wiederum die Interpretation, weil diese als Chance für eine bessere Einschätzung der Gesundheit gesehen werden können. Zur Schätzung der Modelle verwenden wir das Statistikprogramm Stata.

5 Analyseergebnisse

5.1 Deskriptive Ergebnisse

In diesem Abschnitt sollen zunächst deskriptive Zusammenhänge untersucht werden, bevor dann die Ergebnisse der Regressionen dargestellt werden.

Einen Hinweis auf den Zusammenhang zwischen Statuswechsel und subjektiver Gesundheit gibt Abbildung 5-4. Schon auf den ersten Blick wird ersichtlich, weshalb die Betrachtung verschiedener Statusgruppen in der Analyse der subjektiven Gesundheit von Bedeutung ist. Die subjektive Gesundheit wurde mit Hilfe der kategorialen Variable '*Selbsteinschätzung der Gesundheit*' erfasst. Die Befragten sollten ihre Gesundheit mit *schlecht* bis *ausgezeichnet* einschätzen.

Die Verteilung der Antworten zeigt eine Streuung um die mittlere Kategorie. Dies ist bei kategorialen Variablen häufig zu erwarten. Eine Mehrheit der Befragten bewerteten ihre Gesundheit als gut. Entsprechend sind die beiden Randkategorien schlecht und ausgezeichnet am geringsten besetzt. Diese Ergebnisse der gesamten Stichprobe spiegeln sich auch in den Teilgruppen wie-

der. Die mittlere Kategorie gut wird sowohl von Erwerbstätigen, Personen im Übergang und Rentnern zugleich am häufigsten angegeben.

Bedeutsame Unterschiede zwischen den Gruppen zeigen sich erst bei Betrachtung der negativen Randkategorien schlecht und mittelmäßig und der positiven Randkategorien sehr gut und ausgezeichnet. Erwerbstätige geben bei der Selbsteinschätzung der Gesundheit häufiger sehr gut und ausgezeichnet im Vergleich zu schlecht und mittelmäßig an. Dies gilt ebenso für die Personen, die innerhalb von zwei Jahren ihre Erwerbstätigkeit beendet haben und in die Rente eingetreten sind. Für die Rentner kann man das Gegenteil feststellen. Sie geben häufiger schlecht und mittelmäßig bei der Frage nach der Selbsteinschätzung der Gesundheit an.

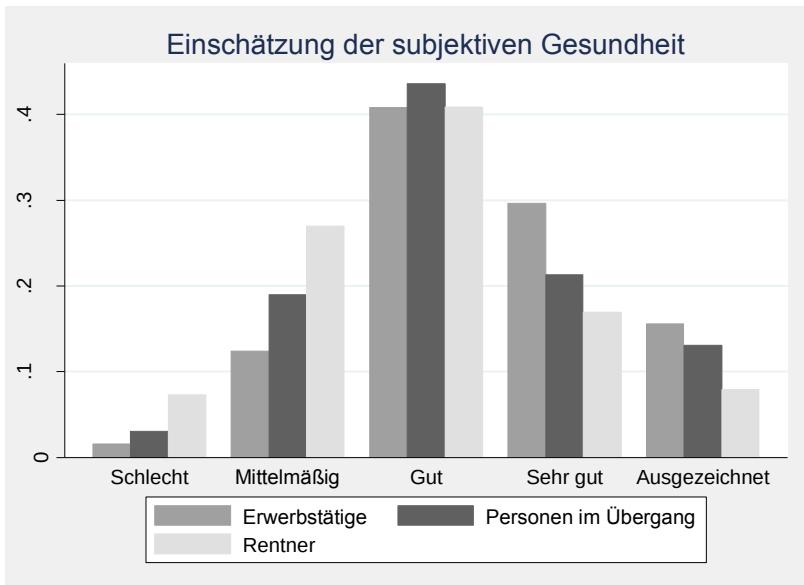


Abbildung 5-4 Einschätzung der subjektiven Gesundheit getrennt für die Statusgruppen (Eigene Berechnungen)

Nun sollen die Personen im Übergang in den Ruhestand gesondert betrachtet werden. In **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** sind die Prozentverteilungen der subjektiven Gesundheit kreuztabelliert mit dem Rentengrund.

Tabelle 5-1 Einschätzung der subjektiven Gesundheit nach Rentengründen

Rentengrund	Einschätzung der subjektive Gesundheit					
	schlecht	mittel- mäßig	gut	sehr gut	ausge- zeichnet	Ge- samt
Regulärer Ruhestand	2,5 %	18,8 %	44,3 %	20,6 %	13,8 %	100 %
Frühverrentung	0,0 %	18,1 %	54,6 %	16,0 %	11,3 %	100 %
Betrieblich bedingte Rente	0,0 %	20,9 %	37,5 %	16,6 %	25,0 %	100 %
Gesundheitliche Gründe	16,0 %	38,6 %	38,6 %	2,3 %	4,5 %	100 %
Familiäre Gründe	0,9 %	11,6 %	38,4 %	33,0 %	16,1 %	100 %
<i>Gesamt</i>	<i>2,7 %</i>	<i>18,9 %</i>	<i>44,0 %</i>	<i>20,7 %</i>	<i>13,7 %</i>	<i>100 %</i>

Personen, die regulär in den Ruhestand eingetreten sind, geben häufiger die positiven Kategorien mittelmäßig, gut und sehr gut an. Neben der Verrentung aufgrund des Erreichens des regulären Eintrittsalters wurden zusätzlich auch Gründe erfasst, weshalb Personen frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Befragte, die in Frührente gegangen sind, geben bei der Frage nach ihrer subjektiven Gesundheit am häufigsten gut und sehr gut an, wobei knapp ein Fünftel ebenso mittelmäßig angibt. Personen, die gezwungenermaßen in Rente geschickt wurden, bewerten ihre Gesundheit nicht erwartungsgemäß ausschließlich schlecht an, sondern die Mehrheit von 37,5 % als gut. Die restlichen Kategorien, mit Ausnahme von schlecht, sind fast gleichmäßig besetzt. Sind Personen aus gesundheitlichen Gründen aus dem Erwerbsleben ausgeschieden, so häufen sich auch die negati-

ven Bewertungen der eigenen Gesundheit. Die Kategorien mittelmäßig und gut sind zu gleichen Teilen von 38,6 % besetzt. Ein Anteil von 16 % antwortet schlecht auf die Frage nach der Selbsteinschätzung der Gesundheit. Nicht überraschend ist die niedrige Zahl an sehr guten und ausgezeichneten Bewertungen. Befragte, die aus persönlichen und familiären Gründen in die Rente eingetreten sind, bewerten ihre Gesundheit eher positiv mit 38,4 % als gut, 33 % als sehr gut und sogar 16,1 % als ausgezeichnet.

Die **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** zeigt einen Ländervergleich der subjektiven Gesundheit.

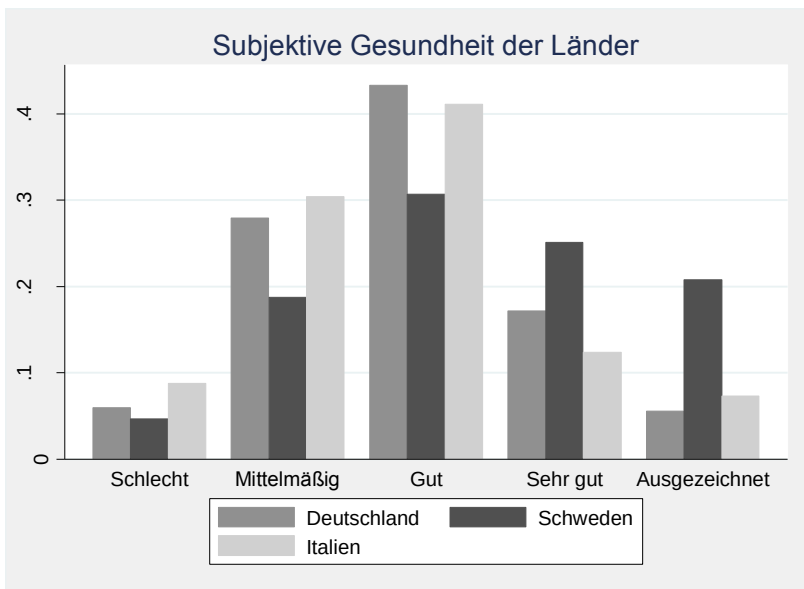


Abbildung 5-5 Einschätzung der subjektiven Gesundheit nach Ländern

Die Mehrheit der befragten Personen gibt auch hier gut an. Schweden schätzen ihre Gesundheit häufiger als sehr gut und ausgezeichnet ein. Im Gegensatz dazu sind es die Deutschen und die Italiener, die vermehrt schlecht und mittelmäßig bei der Frage nach ihrer Gesundheit angeben. Wir sehen also schon in der

deskriptiven Darstellung Unterschiede zwischen den Ländern. Insbesondere die verhältnismäßig hohe positive Selbstwertung der Gesundheit der Schweden im Vergleich zu den anderen Ländern ist auffällig.

Es lassen sich also schon im ersten Stadium der Untersuchung Unterschiede der subjektiven Gesundheit zwischen den Erwerbsgruppen, Rentengründen und Ländern nachweisen. Im Folgenden wird versucht in multivariaten Analysen diesen Eindruck zu bestätigen und wichtige Einflussfaktoren der subjektiven Gesundheit zu identifizieren.

5.2 Multivariate Ergebnisse

Die Tabelle 5-2 zeigt die Analyse für alle 10 237 Befragten der Stichprobe. Es wird das Gesamtmodell und die drei Ländermodelle dargestellt. Die Kontrollvariablen Geschlecht und Partnerschaft zeigen, im Gegensatz zu Alter, keinen signifikanten Einfluss auf die zu erklärende Variable subjektive Gesundheit. Überraschend ist jedoch der positive Einfluss des Alters auf die subjektive Gesundheit. Mit steigendem Alter geben Befragte eher eine positive Selbsteinschätzung an. Der Ländervergleich im Gesamtmodell zeigt, dass Schweden eine mehr als dreifach größere Chance haben eine exzellente subjektive Gesundheit anzugeben im Vergleich zu deutschen Befragten. Auch Italiener geben eine höhere Selbsteinschätzung im Vergleich zu Deutschen an. Damit kann Hypothese H3 bestätigt und H4 und H5 abgelehnt werden. Die Einflussfaktoren auf die subjektive Gesundheit in den drei Ländern werden später zusätzlich erläutert.

Welche Rolle spielt das Vorhandensein von Krankheiten für die Angabe der subjektiven Gesundheit? Nun soll auch der Einfluss der objektiven Gesundheit untersucht werden. Dies folgt mit Hilfe der Variable Vorhandensein von Erkrankungen. Vier Kate-

gorien der Erkrankungshäufigkeit werden eingefügt, wobei Eine Erkrankung die Referenz bildet. Die Regression zeigt, dass Personen, die noch nie eine Erkrankung erlebt haben, ihre Gesundheit wesentlich häufiger als ausgezeichnet beschreiben im Vergleich zu Personen, die eine Erkrankung angeben. Für Personen, die zwei bis fünf Erkrankungen erfahren haben, sinkt wiederum das Odds-Ratio um etwa 65 %. Hatten Befragte mehr als 5 Erkrankungen, so sinkt die Chance um 95 % einer hervorragenden Selbsteinschätzung der Gesundheit. Dieser Effekt ist plausibel und nicht überraschend, da häufige und viele Erkrankungen einen Leidensdruck erzeugen. Dennoch ist es notwendig diesen Einfluss gesondert zu betrachten und vor allem von anderen Effekten zu unterscheiden.

Der Effekt des Erwerbsstatus auf die subjektive Gesundheit wird von den drei Variablen Erwerbstätige, Rentner und Personen im Übergang in den Ruhestand abgebildet. Erwartungsgemäß haben Erwerbstätige und Personen im Übergang im Vergleich zu Rentnern eine besser subjektive Gesundheit. Dabei haben Erwerbstätige eine 36,4 % höhere Chance eine ausgezeichnete Selbsteinschätzung der Gesundheit anzugeben. Für Personen im Übergang ist die Chance auf eine hervorragende Selbsteinschätzung geringer. Das bedeutet, dass Personen im Erwerbsleben die beste Selbsteinschätzung ihrer Gesundheit liefern. Sobald Personen den Arbeitsmarkt verlassen sinkt die Bewertung ab. Aufgrund dieser Ergebnisse können wir Hypothese H1 und H2 bestätigen. Die Bildungsjahre und das Einkommen der Befragten spielen ebenfalls eine positive signifikante Rolle bei der subjektiven Gesundheit. Da Bildungsjahre und Einkommen einen Hinweis auf den Einfluss des sozioökonomischen Status geben, kann gefolgert werden, dass ein höherer sozioökonomischer Status sich förderlich auf die subjektive Gesundheit auswirkt. Damit kann ebenfalls Hypothese H6 bestätigt werden.

Tabelle 5-2 Odds-Ratios der ordinalen Regression (Proportional-Odds-Modell): Einflussvariablen auf die subjektive Gesundheit

Variablen	Modell 1 Gesamtmodell ¹	Modell 2 Deutschland	Modell 3 Schweden	Modell 4 Italien
Alter	1,332*** (0,075)	1,724* (0,388)	1,162 (0,179)	1,319 (0,281)
Alter quadriert	0,998*** (0,000)	0,996* (0,002)	0,999 (0,001)	0,998 (0,002)
weiblich	<i>Ref.</i>	<i>Ref.</i>	<i>Ref.</i>	<i>Ref.</i>
männlich	1,060 (0,041)	1,005 (0,129)	1,064 (0,107)	1,208 (0,156)
ohne Partner	<i>Ref.</i>	<i>Ref.</i>	<i>Ref.</i>	<i>Ref.</i>
Mit Partner zusammenlebend	0,976 (0,044)	1,027 (0,173)	0,980 (0,131)	1,176 (0,204)
Deutschland	<i>Ref.</i>	-	-	-
Schweden	3,644*** (0,299)	-	-	-
Italien	1,576*** (0,142)	-	-	-
Vorhandensein von...				
keinen Krank- heiten	2,726*** (0,129)	3,520*** (0,580)	2,278*** (0,296)	2,249*** (0,380)
einer Krankheit	<i>Ref.</i>	<i>Ref.</i>	<i>Ref.</i>	<i>Ref.</i>
2 bis 5 Krank- heiten	0,352*** (0,017)	0,245*** (0,039)	0,377*** (0,047)	0,266*** (0,040)
mehr als 5 Krankheiten	0,050*** (0,010)	0,095* (0,089)	0,106*** (0,054)	0,087*** (0,038)
Rentner	<i>Ref.</i>	<i>Ref.</i>	<i>Ref.</i>	<i>Ref.</i>
Erwerbstätige	1,364*** (0,089)	1,440 (0,384)	2,507*** (0,436)	0,958 (0,214)
Personen im Übergang in den Ruhestand	1,134* (0,09)	0,908 (0,219)	1,368 (0,277)	1,173 (0,288)
Bildungsjahre	1,068*** (0,005)	1,113*** (0,024)	1,095*** (0,019)	1,057*** (0,017)
Log Einkommen	1,130*** (0,026)	1,217* (0,093)	1,331*** (0,115)	1,146 (0,091)
N Personen	10237	946	1379	954
Pseudo R ² (Nagelkerke)	0,299	0,336	0,255	0,277

Anmerkungen: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001, in Klammern Standardfehler

¹Weiterhin kontrolliert für die Länder: Belgien, Dänemark, Frankreich, Griechenland, Niederlande, Österreich, Schweiz und Spanien

Im der vorherigen Analyse zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen unseren ausgewählten Ländern. Daher werden im Anschluss Regressionen gesondert für Deutschland, Schweden und Italien gerechnet. Obwohl die Koeffizienten in Form von Odds-Ratios nicht unter den Ländern verglichen werden können, können allgemeine Aussagen über jedes Land getroffen werden. Unsere bisherigen Ergebnisse werden hier – in verschiedenen Ausmaßen – bestätigt. Im Modell für Deutschland zeigt sich lediglich das Alter unter den Kontrollvariablen signifikant. Wie im Gesamtmodell weist es auf einen positiven Effekt hin. Befragte aus Deutschland geben mit zunehmendem Alter eine bessere subjektive Gesundheit an. Die Auswirkungen der objektiven Gesundheit haben ähnliche Ausmaße, wie in der vorherigen Analyse. Ebenso verschlechtert sich die subjektive Gesundheit mit steigender Erkrankungshäufigkeit. Der Einfluss des Erwerbsstatus spielt in Deutschland eine untergeordnete Rolle für die subjektive Gesundheit. Es können keine Unterschiede zwischen den Gruppen Erwerbstätige, Rentner und Personen im Übergang nachgewiesen werden. Im Gegensatz dazu hat eine höherer sozioökonomischer Status einen positiven Einfluss auf die Selbsteinschätzung an. Daher kann eine Vermutung in Richtung soziale Schichtung geäußert werden.

In Schweden sehen wir einen Effekt von objektiver Gesundheit. Es gilt auch hier, je mehr Erkrankungen umso geringer die subjektive Gesundheit. Eine Einfluss von Erwerbsstatus kann für Erwerbstätige im Vergleich zu Rentnern nachgewiesen werden. Erwerbstätige in Schweden haben eine 2.5-fach höhere Chance auf eine ausgezeichnete Selbsteinschätzung der Gesundheit. Des Weiteren, hat der sozioökonomische Status, im Sinne von Bildungsjahren und Einkommen, einen positiven Einfluss auf die subjektive Gesundheit.

In der Analyse für Italien zeigen sich recht wenig Variablen signifikant. Die vorherigen Ergebnisse aus Deutschland und Schweden können auch für Italien bestätigt werden. Die objektive Gesundheitssituation wirkt sich negativ auf die subjektive Gesundheit aus, wenn Personen unter mehreren Krankheiten leiden. Ebenfalls wirken sich Bildungsjahre und Einkommen positiv auf die Selbsteinschätzung aus.

Im zweiten Schritt sollen die Personen im Übergang gesondert betrachtet werden. Dabei stehen die Einflussvariablen auf die Gesundheit im Verrentungsprozess im Mittelpunkt des Interesses. Alle Länder gehen zwar als Kontrollvariablen in die Analyse ein, die Ergebnisse werden jedoch nur für unsere Beispielländer dargestellt. Deutschland bildet die Referenz.

Tabelle 5-3 Odds-Ratios der ordinalen Regression (Proportional-Odds-Modell): Einflussvariablen auf die subjektive Gesundheit

Variablen	Modell 1	Modell 2
Alter	0,858 (0,559)	0,680 (0,453)
Alter quadriert	1,002 (0,005)	1,004 (0,005)
weiblich	Ref.	Ref.
männlich	0,826 (0,137)	0,817 (0,137)
ohne Partner	Ref.	Ref.
mit Partner zusammenlebens	1,311 (0,281)	1,302 (0,282)
Deutschland ²	Ref.	Ref.
Schweden ²	3,890*** (1,290)	3,563*** (1,206)
Italien ²	3,584*** (1,311)	3,663*** (1,375)
Vorhandensein von... keinen Krankheiten	2,474*** (0,473)	2,364*** (0,455)
einer Krankheit	Ref.	Ref.
2 bis 5 Erkrankungen	0,371*** (0,074)	0,402*** (0,081)
mehr als 5 Erkrankungen	0,019* (0,034)	0,014* (0,026)

Tabelle 5-3 Fortsetzung vorheriger Seite

Bildungsjahre	1,091*** (0,025)	1,090*** (0,025)
Log Einkommen	1,311** (0,127)	1,336** (0,131)
Gründe für den Renteneintritt:	-	Ref.
Gesundheitliche	-	4,585*** (1,561)
Reguläre Rente	-	4,824*** (1,890)
Frühverrentung	-	7,833*** (4,122)
Betrieblich bedingte Rente	-	5,754*** (2,180)
Familiäre Gründe	-	
Empfinden des Renteneintritts als...		
Erleichterung	-	2,861* (1,215)
Belastung	-	Ref.
weder Erleichterung noch Belastung	-	3,500** (0,533)
sowohl Erleichterung als auch Belastung	-	1,981 (1,010)
N	587	587
Pseudo R2 (Nagelkerke)	0,256	0,300

Anmerkungen: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$, in Klammern Standardfehler. ²kontrolliert für: Belgien, Dänemark, Frankreich, Griechenland, Niederlande, Österreich, Schweiz und Spanien

Tabelle 5-3 zeigt die Analyse separat für 587 Personen, die zwischen den Wellen der SHARE-Befragung ihre Erwerbstätigkeit innerhalb von zwei Jahren niedergelegt haben. Zunächst wird erneut das Basismodell gerechnet. Die Kontrollvariablen zeigen keinen Einfluss, allerdings wiederholt das Basismodell die wichtigsten Ergebnisse aus der Gesamtanalyse. Haupteinflüsse auf die subjektive Gesundheit bleiben die objektive Gesundheit und der sozioökonomische Status. Es können ebenfalls Länderunterschiede zugunsten von Schweden und Italien festgestellt werden. Das bedeutet, dass Schweden und Italiener im Übergang eine

bessere subjektive Gesundheit aufweisen als Deutsche. Im nächsten Schritt werden die Variablen Gründe für den Renteneintritt und eine Selbstevaluation des Renteneintritts von den Befragten eingefügt. Obwohl sich die Werte der Odds-Ratios aus dem Basismodell leicht verändern verliert keine der Variablen an ihrer Aussagekraft.

Im ersten Modell werden die Rentengründe eingefügt. Es wird unterschieden zwischen regulärem und vorzeitigem Ruhestand. Unter vorzeitigem Ruhestand fallen Frühverrentung, betrieblich bedingte Rente, gesundheitliche und familiäre Gründe. Ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben aufgrund von gesundheitlichen Gründen bildet die Referenzkategorie. Personen, die regulär in die Rente eintreten, haben eine fast 4,6 Mal höhere Chance ihre Gesundheit als ausgezeichnet einzuschätzen im Vergleich zu Personen, die aus gesundheitlichen Gründen ihre Arbeit beendet haben. Weitaus höhere Werte zeigen sich für die Faktoren des frühzeitigen Renteneintritts. Frühverrentung, betrieblich bedingte Rente und familiäre Gründe wirken sich um ein vielfaches positiver auf die subjektive Gesundheit aus, als gesundheitsbedingter Renteneintritt. Die Ergebnisse der Differenzierung zeigen, dass Personen, die aus betrieblichen Gründen in Rente sind, die höchsten Chancen auf eine hervorragende subjektive Gesundheit haben. Sie sind 7,8 Mal höher als für Personen, die aus gesundheitlichen Gründen den Arbeitsmarkt verlassen haben. Folglich, kann Hypothese H7 mit einer Einschränkung bestätigt werden. Personen, die einen regulären Renteneintritt erleben, haben eine bessere subjektive Gesundheit als Personen, die aus gesundheitlichen Gründen in die Rente gehen.

Zuletzt wollen wir untersuchen, ob das subjektive Empfinden der Befragten über den Renteneintritt eine Auswirkung auf ihre subjektive Gesundheit hat. Dafür wurde eine Variable verwendet, die erfasst, ob Befragte den Renteneintritt als Erleichterung,

Belastung, beides oder keines empfinden. Der Einfluss der Erleichterung im Vergleich zur Belastung wirkt sich folgerichtig positiv auf die subjektive Gesundheit aus. Für Personen, die ihren neuen Rentenstatus weder als Erleichterung noch Belastung empfinden steigt die Chance ihre Gesundheit als hervorragend zu bewerten um das 3,5-fache. Hypothese H9 kann demnach bestätigt werden.

6 Diskussion

Die Betrachtung der subjektiven Gesundheit im Verrentungsprozess stellt ein vielschichtiges und komplexes Forschungsthema dar. Das liegt zum einen an der Mehrdimensionalität des Konzepts der subjektiven Gesundheit, zum anderen an der Vielzahl möglicher Wege in den Ruhestand. Unsere Untersuchung zeigt, dass der Beginn der Rentenzeit mit einer Verschlechterung der subjektiven Gesundheit einhergeht. Personen, die in Rente gegangen sind, schätzen ihre Gesundheit schlechter ein als Personen, die erwerbstätig sind. Doch der Ausstieg aus dem Erwerbsleben ist nicht an sich mit negativen gesundheitlichen Folgen für alle verbunden. Wie unsere Analyse zeigt, schützen ein hohes Bildungsniveau, eine gute objektive Gesundheit und gewisse Gründe für den Renteneintritt vor einer schlechten subjektiven Gesundheit im Übergang in den Ruhestand.

Die vorliegende Analyse konzentriert sich, neben den demographischen und sozioökonomische Merkmalen, auf Indikatoren des Renteneintritts. Bei den Gründen wirken gesundheitliche und betrieblich bedingte Gründe negativ auf die subjektive Gesundheit. Neben diesen Bedingungen des Renteneintritts könnten weitere Analysen auch Merkmale des früheren Erwerbslebens der Rentner betrachten. So liegt es nahe, dass beispielsweise die Zufriedenheit mit dem Job, die Anforderungen am Arbeitsplatz oder

die Stellung im Beruf die Übergangssituation beeinflussen. Die von uns geplante Aufnahme des Berufsindexes ISCO in die Analyse war leider nicht möglich, da dieser Wert nicht für alle Rentner erhoben wurde. Durch den Panelcharakter von SHARE wird dieses Problem mit der Veröffentlichung der nächsten Wellen abnehmen. Zudem wird der Anteil an Rentner zunehmen, was differenzierte Analysen möglich macht. So wäre es beispielsweise sinnvoll in einem nächsten Schritt sich nicht nur die Einschätzung der Gesundheit für die einzelnen Gruppen zu einem Zeitpunkt anzuschauen, sondern die Veränderung der Einschätzung vor und nach dem Rentneneintritt zu betrachten. Solch eine Vorgehensweise würde zudem einen Ansatzpunkt für die Beantwortung der Kausalitätsfrage liefern.

Unsere Betrachtung des Übergangs in den Ruhestand zeigt, dass der Rentneneintritt zwar mit gesundheitlichen Veränderungen verbunden ist, diese aber durch eine Vielzahl von weiteren Faktoren beeinflusst wird. Es konnte damit bestätigt werden, dass ein Zusammenhang zwischen der subjektiven Gesundheit älterer Menschen und ihrem aktuellen Erwerbsstatus besteht.

Literatur

Alavinia, S. M. und A. Burdorf, 2008: Unemployment and retirement and ill-health: a cross-sectional analysis across European countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 82: 39-45.

Atchley, R., 1976: *The sociology of retirement*. Cambridge, MA: Schenkman Publishing Company.

Atchley, R., 1994: Social forces and aging. In *Introduction to Social Gerontology*. Belmont, CA: Wadsworth.

Börsch-Supan, A. and H. Jürges (Hrsg.), 2005: *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – Methodology*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).

Eurostat, 2007: Transition of men and women from work to retirement. *Statistics in Focus* 97.

Faltermaier, T., 2005: *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Groot, W., 2000: Adaption and scale of reference bias in self-assessment of quality of life. *Journal of Health Economics* 19: 403-420.

Gunzelmann, T., Albani, C., Beutel, M. & E. Brähler, 2006: Die subjektive Gesundheit älterer Menschen im Spiegel des SF-36. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39: 109-119.

Henretta, J. C., 1997: Changing Perspective on Retirement. *Journal of Gerontology* 52B 1: 1-3.

Idler, E. L. & Y. Benyamini, 1997: Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior* 38: 21-37

Jürges, H., Avendano, M. & J. Mackenbach, 2007: How comparable are different measures of self-rated health? Evidence from five European countries. Mannheim Research Institut for Economics of Aging (MEA).

Kistler, E. & M. Hilpert, 2001: Auswirkungen des demographischen Wandels. *Aus Politik und Zeitgeschichte* B3-4.5-13.

Kohler, U. & F. Kreuter, 2008: Datenanalyse mit Stata. Allgemeine Konzepte der Datenanalyse und ihre praktische Anwendung. Oldenbourg Verlag.

Kohli, M. & H. Künemund, 2000: Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen, Leske + Budrich.

Mayring, Ph., 2000: Pensionierung als Krise oder Glücksgewinn? Ergebnisse aus einer quantitativ-qualitativen Längsschnittuntersuchung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33: 124-133.

McKelvey, R.D. & W. Zavoina, 1975: A statistical model of the analysis of ordinal level dependent variables. *Journal of Mathematical Sociology* 4: 103-120.

Minkler, M., 1981: Research on the Health Effects of Retirement: An Uncertain Legacy. *Journal of Health and Social Behavior* 22: 117-130.

Mossey, J. & E. Shapiro, 1982: Self-Rated Health: A Predictor of Mortality Among the Elderly. *American Journal of Public Health*: 72: 800-808.

Ross, C. & J. Mirowsky, 1995: Does Employment Affect Health? *Journal of Health and Social Behavior* 36: 230-243.

Smith, K. & N. Christakis, 2008: Social Networks and Health. *Annual Review of Sociology* 34: 405-429.

Von dem Knesebeck, O., 2000: Sozialer Status und subjektive Gesundheit im Alter. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft* 8: 262-272.

Waller, H., 2006: Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Stuttgart.

WHO, 1986: Ottawa Charter for Health Promotion.

Winship, C. & R. D. Mare, 1984: Regression Models with Ordinal Variables. *American Sociological Review* 49: 512-525.