

DIE VERÄNDERUNG DER GESUNDHEIT NACH DEM RENTENEINTRITT

Andreas Franken, Anna Lindner und Nicole Mink

Zusammenfassung: Mit dem Übergang in die Rente werden viele negative Schlagwörter, wie „Pensionsschock“, „Rollenverlust“ oder „kritisches Lebensereignis“, in Verbindung gebracht. Diese Annahmen beruhen zumeist auf den Annahmen der Disengagementtheorie oder der Aktivitätstheorie. Sind diese Theorien heute noch angemessen? Wird der Ruhestand wirklich als Verlust wahrgenommen oder doch als Gewinn in Form einer „späten Freiheit“? Anhand von Indikatoren der physischen, psychischen und subjektiven Gesundheit untersucht diese Arbeit, ob die Verrentung als Stressor wahrgenommen wird, der die Gesundheit verschlechtert. Die Veränderung der Gesundheit nach Renteneintritt wird mit zwei Wellen des europäischen Datensatzes Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) überprüft. Die analytische Stichprobe besteht aus 4536 Personen, von denen 581 zwischen der ersten und der zweiten Erhebungswelle in Rente gegangen sind. Mit „Fixed-Effekt“-Modellen wird der Einfluss des Verrentungsprozesses auf die Veränderung der Gesundheit überprüft. Die empirische Analyse zeigt keine Veränderung der Gesundheit nach Renteneintritt. Diese Ergebnisse sprechen gegen theoretische Annahmen negativer Effekte dieses Übergangs. Zudem verweisen sie auf die notwendige Aktualisierung bestehender gerontologischer Konzepte zum Rentenübergang.

Stichworte: Rente, Gesundheit, Fixed-Effekt-Modell

1 Der Rentenübertritt als krisenhaftes Ereignis

Nie zuvor lebten in Europa mehr Rentner als heute. Über die letzten 50 Jahre hat sich der Anteil der über 60-jährigen an der Gesamtbevölkerung von 15% (1960) auf 22% (2005) erhöht. Gleichzeitig ist der Anteil der unter 19-jährigen seit 1960 um 10% zurückgegangen (vgl. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften 2006: 60). Dieser Trend scheint sich fortzusetzen: In Deutschland beispielsweise erwartet man, vor allem aufgrund der sinkenden Geburtenraten und der steigenden Lebenserwartung, dass im Jahr 2060 ein Drittel der Bevölkerung das gesetzliche Rentenalter überschritten haben wird (vgl. Statistisches Bundesamt 2009: 16).

Der demographische Wandel hat zu einem verstärkten Interesse an den Vorgängen des Alterns beigetragen. Aus sozialpolitischer Sicht wird die Belastung des Rentensystems und des Gesundheitssystems durch diese Entwicklung drastisch erhöht. Immer wichtiger scheint deshalb die wissenschaftliche Untersuchung der Lebensweisen und der Probleme im Alter. Mit der „Institutionalisierung des Lebenslaufs“ (Kohli 1985) findet eine Ausdifferenzierung der Lebensphasen statt. Der Übergang in den Ruhestand ist ein gesellschaftlich und institutionell produziertes Lebensereignis, welches den Verlust der Berufsrolle impliziert (vgl. Backes & Clemens 1998: 59). Die darauffolgende, „nachberufliche“ Lebensphase macht durch die erhöhte Lebensdauer der Menschen inzwischen ein Drittel des gesamten Lebens aus. Unter diesen Aspekten betrachtet, bekommen der Übertritt in die Rente und seine Folgen einen erhöhten Stellenwert.

Besonders in der Gerontologie werden in Zusammenhang mit Verrentung hauptsächlich negative Assoziationen erweckt. Schlagwörter wie „Pensionsschock“ oder „Verlust“ prägen die Bilder eines „kritischen Ereignisses“ beim Eintritt in den Ruhestand, welcher Stress verursacht und zu einer Verschlechterung der physischen und psychischen Gesundheit

führen kann. Diesem negativ behafteten Bild liegt jedoch keine eindeutige empirische Evidenz zugrunde (siehe Kapitel 2).

Ausgehend von der These, dass der Übergang in die Rente als krisenhaftes stressproduzierendes Ereignis gesehen werden kann, überprüft diese Arbeit, ob die postulierte Verschlechterung des Gesundheitszustands tatsächlich eintritt und ob Faktoren, die im Rahmen der Aktivitätstheorie und der Disengagementtheorie vorgeschlagen werden, den Verlust der Berufsrolle kompensieren und dieser Entwicklung damit entgegenwirken können. Anschließend wird in einem zweiten Analyseschritt untersucht, welche Charakteristika Stressbewältigungs- und Anpassungsstrategien beeinflussen können.

2 Forschungsstand

Aufbauend auf den bereits in den 1960er Jahren formulierten theoretischen Modellen zur Erklärung der gesundheitlichen Veränderungen durch den Ruhestand, wurden eine Vielzahl von empirischen Untersuchungen auf nationaler und internationaler Ebene veröffentlicht (Wurm et al. 2009: 157ff.). Im Fokus steht dabei die Veränderung des körperlichen, psychischen und subjektiven Gesundheitszustandes im Zusammenhang mit dem Ruhestand. Als Indikatoren zur Messung des Gesundheitszustandes werden meist das subjektive Gesundheitsempfinden und Auskünfte über die Einschätzung der Funktionstüchtigkeit herangezogen (vgl. Coe & Zamarro 2011). Anhand von Gesundheitstests, Selbstauskünften über ärztliche Diagnosen sowie die Inanspruchnahme von Sozialleistungen werden in den meisten Studien zusätzlich objektive Gesundheitsmerkmale erfasst (vgl. Ekerdt, D.J. et al. 1986, Dhaval et al. 2007). Häufig wird zum ausgewählten Sample eine Kontrollgruppe von erwerbstätigen Personen gebildet (vgl. Reitzes, D.C. 1996). Nur wenige Studien haben ein Untersuchungsdesign, bei dem das Ereignis des Übergangs in den Ruhestand und dessen Auswirkungen auf das Individuum im Mittelpunkt stehen (vgl. Mayring 2000, Van Solinge 2007).

Bei Untersuchungen zur körperlichen Gesundheit lassen sich keine Effekte finden, die im Zusammenhang mit dem Rentenübergang stehen (vgl. Ekerdt et al. 1986). So wird in der Analyse von Van Solinge (2007) zwar gezeigt, dass Faktoren, wie beispielsweise die Freiwilligkeit des Rentenübergangs, Einfluss auf den Gesundheitszustand haben können. Allerdings kann nicht kategorisch von einem Effekt der Verrentung auf die körperliche Gesundheit ausgegangen werden. In einigen Studien lassen sich negative Auswirkung auf die physischen Aktivitäten und den psychischen Gemütszustand ausfindig machen (vgl. Coe & Zamarro 2011; Dhaval et al. 2007). Andere Untersuchungen kommen allerdings zu gegensätzlichen Ergebnissen. Demnach ergeben sich durch den Verrentungsprozess sehr wohl positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit als auch auf das subjektive Wohlbefinden (vgl. Reitzes et al. 1996). Die Längsschnittstudie von Mayring (2000) findet dagegen keinen signifikanten Effekt hinsichtlich der Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens.

Hingegen ist auf Grund des unterschiedlichen Forschungsdesigns der direkte Vergleich der empirischen Ergebnisse zu einem Großteil nur bedingt möglich. Vielmehr kann aus den Studienergebnissen zur Untersuchung des Rentenübertritts und dessen Folgen bzw. zur Veränderung der Gesundheit gefolgert werden, dass keine einheitlichen empirischen Aussagen möglich scheinen.

3 Der Rentenübergang als Stressor für die Gesundheit

Mit dem Verlust sozialer Rollen beim Übergang in den Ruhestand kommt es für das Individuum zu einem „kritischen Lebensereignis“, darunter werden

„solche im Leben einer Person auftretende Ereignisse verstanden [...], die durch Veränderungen der (sozialen) Lebenssituation der Person gekennzeichnet sind und die mit entsprechenden Anpassungsleistungen durch die Person beantwortet werden müssen“ (Filipp 1995: 23).

Durch diese „kritischen Lebensereignisse“ kann es zu psycho-sozialem Stress kommen. Unter Stress wird hierbei ein Zustand verstanden, bei

dem eine Person durch die Anforderungen einer Situation überfordert ist bzw. diese als belastend empfindet. Jene Überlastung der psychischen Ressourcen kann als Bedrohung für das Wohlbefinden wahrgenommen werden (vgl. Stroebe et al. 2003: 555). Stress kann demnach als Vorgang gesehen werden, bei dem die Anforderungen der Umwelt den Organismus einer Person stark beanspruchen oder gar zu einer Überlastung führen, da ein hohes Maß an Anpassung gefordert ist:

[A] process in which environmental demands tax or exceed the adaptive capacity of an organism, resulting in psychological and biological changes that may place persons at risk for disease.“ (Cohen et al. 1995: 3)

Stresssyndrome können sich auf drei unterschiedlichen Ebenen äußern: der körperlichen, der psychischen und der Verhaltensebene (vgl. Eppel 2007: 19). Stressoren sind Auslöser für physische Veränderungen, die zu körperlichen Reaktionen führen und somit ein erhöhtes Krankheitsrisiko zur Folge haben können, beispielsweise durch die Schwächung des Immunsystems (vgl. Stroebe et al. 2003: 577). Auf der kognitiv-emotionalen Ebene löst Stress intrapsychische Vorgänge aus, deren Folgen von Grübeleien und Niedergeschlagenheit bis hin zu depressiven Verstimmungen reichen können (vgl. Eppel 2007: 19 ff.). Auf der Verhaltensebene kann Stress die Handlungen und den Lebensstil einer Person maßgeblich beeinflussen. Stress wirkt sich auf das Gesundheitsverhalten einer Person aus und kann zu einer Zunahme des Risikoverhaltens führen, wie zu erhöhtem Zigaretten- oder Alkoholkonsum (vgl. Stroebe et al. 2003: 577). Die folgende Untersuchung konzentriert sich auf die kognitiv-emotionale und die physische Ebene.

Wie gut eine Person das kritische Ereignis bewältigen kann, hängt allerdings auch von den individuellen sozialen und ökonomischen Ausgangsbedingungen ab. Hierunter fallen Alter, Geschlecht, soziale Schicht, familiärer Status und Beruf (vgl. Hurrelmann 2006: 109).

Geht man davon aus, dass der Übergang in den Ruhestand als kritisches Lebensereignis wahrgenommen wird, das vor allem durch den Verlust von sozialen Rollen bestimmt wird, dann kann primär eine Ver-

schlechterung der Gesundheit bei Renteneintritt erwartet werden. Durch bestimmte Anpassungsleistungen kann einer Verschlechterung des Gesundheitszustands jedoch entgegengewirkt und damit das „kritische Lebensereignis“ Rente gut bewältigt werden. Diese Anpassungsleistungen werden aus soziologischer Sicht durch die Aktivitäts- und die Disengagementtheorie abgebildet.

4 Theoretischer Rahmen

In der Aktivitäts- und Disengagementtheorie wird davon ausgegangen, dass ein Wechselverhältnis zwischen Alter und Gesellschaft stattfindet. Dabei beruht diese Annahme auf „strukturfunktionalistischen Gleichgewichtsvorstellungen“. Der Übergang in den Ruhestand, genauer das Ereignis der Ausgliederung aus dem Erwerbsleben und den damit einhergehenden Verlust der Erwerbsrolle, stellt hierbei den gewählten Bezugspunkt dar. Die beiden Theorien bieten zwei sehr gegensätzliche Vorschläge für die Stabilisierung des Selbstkonzepts, welche ein zufriedenes Altern ermöglichen und die Anpassung gelingen lassen (vgl. Backes & Clemens 2008: 123). Wie diese Anpassungsleistungen aussehen können und was geschieht wenn diese fehlschlagen, soll nun im Folgenden anhand der genannten Theorien spezifiziert werden.

4.1 Die Aktivitätstheorie

Die Grundidee der Aktivitätstheorie basiert auf der Annahme, dass die Ausgliederung aus gesellschaftlichen Funktionszusammenhängen dem von außen aufoktroierten Zwang geschuldet ist und somit den eigentlichen Bedürfnissen der älteren Menschen zuwider läuft. Dies begründet sich dadurch, dass davon ausgegangen wird, dass Menschen im Alter ihre psychischen und sozialen Bedürfnisse aus der mittleren Lebensphase beibehalten wollen. So führt ein Verlust gewohnter Tätigkeiten zu einem Zustand der Funktionslosigkeit, welcher sich negativ auf das Wohlbefinden der Person auswirken kann. Nach Auffassung der Vertreter der Aktivi-

tätstheorie (vgl. Tartler 1961, Tobin & Neugarten 1968) ist „erfolgreiches Altern“ nur möglich, wenn eine Person nach dem Verlassen ihrer Erwerbsrolle die Aktivitäten der mittleren Lebensjahre aufrechterhält. Zwangsläufig auftretende gesellschaftlich bedingte Rollenverluste sollten durch alternative Tätigkeiten (z.B. sportliches oder ehrenamtliches Engagement) und die Aufnahme neuer Kontakte kompensiert werden (vgl. Knesebeck 2005: 41). Hinzu kommt die Annahme, dass bis zur normalen Rentengrenze die gesundheitlichen Voraussetzungen einer uneingeschränkten Erwerbsfähigkeit erhalten bleiben und ein psycho-physischer Abbau erst durch den Entzug der Beschäftigungsmöglichkeiten entsteht (vgl. Backes & Clemens 1998: 115f.). Dies führt zu der Überlegung, dass durch den Verlust der Berufsrolle eine Verschlechterung des Gesundheitszustands eintritt, soweit nicht eine alternative Aktivität aufgenommen wird.

Jedoch kann der Rentenübertritt durchaus als Zwangsausgliederung älterer Menschen gesehen werden, da dieser auf institutionellen Vorgaben beruht, welche nicht die Bedürfnisse der einzelnen Person berücksichtigen. Die Theorie macht darauf aufmerksam, dass reduzierte Aktivitäten und Interessen oft erst durch gesellschaftliche Einschränkungen entstehen und versucht damit gängigen Stereotypisierungen entgegenzuwirken. Dennoch fehlt es an differenzierten Erklärungsansätzen: Nicht berücksichtigt wird beispielsweise das Geschlecht, sowie andere wesentliche sozialstrukturelle Unterscheidungskriterien wie soziale Schicht-, Klassen- und Regionalunterschiede. Damit abstrahiert die Aktivitätstheorie stark von realen Begebenheiten (vgl. Backes & Clemens 1998: 117f.). Zudem gilt die mittlere Lebensphase in diesem Ansatz als undifferenziert positive Referenz. Es wird vorausgesetzt, dass das Altern grundsätzlich als etwas Schlechtes empfunden wird, was man mit Aktivität entgegenwirken muss. Dadurch entsteht das Bild eines „hyperaktiven“ alten Menschen, der sich seines Alters nicht bewusst werden kann, weil er unentwegt aktiv ist (vgl. Lehr 1991: 141f.).

4.2 Die Disengagementtheorie

Als Reaktion auf die Idealisierung und Realitätsferne des Aktivitätsansatzes hat sich das Disengagementkonzept entwickelt. In Anlehnung an Parsons strukturfunktionale Soziologie (vgl. Backes & Clemens 2008: 128; Schröter 2003: 52) entstand auf Grundlage von Cumming & Henry 1961 die „Theorie des sozialen Rückzugs“. Der Ansatz aus den frühen 1960er Jahren beschäftigt sich mit der Auseinandersetzung des „Alters“ als neue und eigenständige Lebensphase. Diese hat Veränderungen der Zielsetzung auf der persönlichen und gesellschaftlichen Ebene zur Folge: Es findet ein Rollenwechsel aus der ursprünglich aktiven Rolle in die Altersrolle statt. Er bereitet das Individuum auf den unabwendbaren Tod vor und ermöglicht so der Gesellschaft, durch die neue Besetzung einer ausscheidenden Position die funktionale Balance aufrechtzuerhalten. Aus dieser Notwendigkeit resultiert ein wechselseitiges und unvermeidliches „Disengagement“ von Individuum und Gesellschaft.

Das Konzept beruht auf dem „Defizitmodell des Alters“, eine auf empirische Daten gestützte Grundannahme, dass „Alter ein zeitabhängiger, irreversibler und vorhersagbar fortschreitender Funktionsverlust sei, der letztlich zum Tod führe“ (Martin & Kliegel 2008: 55). Aufgrund dessen folgt die Anpassung durch den sozialen Rückzug (vgl. Martin & Kliegel 2008: 16). Das Individuum löst sich aus seinen sozialen Beziehungen und Rollen, verabschiedet sich von seinen Aktivitäten des mittleren Erwachsenenalters, womit hauptsächlich die Erwerbstätigkeit gemeint ist. Der Prozess des Rückzugs kann sowohl vom Individuum selbst, als auch von der Gesellschaft, ausgelöst werden. Die Abkopplung aus dem aktiven Leben führt bei der alternden Person zu Zufriedenheit und Glück. Für die Gesellschaft wird somit die Möglichkeit geschaffen, die Rolle der ausscheidenden Person durch andere Personen zu ersetzen. Demnach handelt es sich um einen „natürlichen“ Prozess mit funktionalem Charakter, wobei auf die individuellen Bedürfnisse und die veränderte Leistungsfähigkeit der älteren Personen eingegangen wird:

“[A]lthough individuals differ, the expectation of death is universal and decrement of ability is probable. Therefore a mutual severing of ties will take place between a person and others in his society” (Cumming & Henry 1961: 211).

Somit werden Aktivitäten und Rollenverpflichtungen sowie soziale Beziehungen durch das Ausscheiden aus dem aktiven Leben reduziert. Die sozialen Kontakte verändern sich und das soziale Netzwerk wird kleiner. Schlussendlich wird der neue Lebensraum als begrenzt wahrgenommen, was den gesellschaftlichen Rückzug weiter verstärkt.

Bei der gegenseitigen Abkopplung von Individuum und Gesellschaft liegt der Idealfall vor, wenn diese zur selben Zeit stattfindet. Sollte das Individuum noch nicht für den Übergang bereit sein, jedoch auf Grund von kulturellen und institutionellen Rahmenbedingungen zur Verrentung gezwungen werden, kann es zum *Mismatch* kommen. Dasselbe ist umgekehrt der Fall, wenn das Individuum bereit ist, den Übertritt in die Rente durchzuführen, dies jedoch nicht den gesellschaftlich akzeptierten Gegebenheiten entspricht z.B. Frühverrentung (vgl. Backes & Clemens 2008: 129).

Bei erfolgreicher Beendigung des Disengagementprozesses ist das funktionale Gleichgewicht in der Gesellschaft wieder hergestellt und das Individuum durch die Annahme des neuen Rollenverständnis wieder stabilisiert. Im Gegensatz zur Aktivitätstheorie wird bei der Disengagementtheorie der soziale Rückzug nicht von der Gesellschaft erzwungen, sondern beruht auf dem inneren Bedürfnis des Individuums nach Rollenaufgabe und sozialem Rückzug.

Die Relevanz des Konzeptes für die soziologische Analyse wird häufig diskutiert. Grund dafür ist die nicht ausreichende Berücksichtigung der sozial- strukturellen Differenzierungen, die sich für soziologische Fragestellungen als unabdingbar erweisen (vgl. Backes & Clemens 2008: 136). Empirisch hat sich das Disengagementkonzept bisher nicht eindeutig bestätigen lassen (vgl. Rosenmayr L. & Rosenmayr H. 1978: 48; Backes & Clemens 2008: 136; Martini 2008: 59). Deshalb sollte die Annahme, dass

die „Disengagement als optimale Alterssituation“ (Rosenmayr & Rosenmayr 1978: 48) wahrgenommen wird, die zu Glück und Zufriedenheit im Alter führt, kritisch betrachtet werden. Darüber hinaus steht diese Ansicht im direkten Gegensatz zur gesellschaftlichen Bewertung von Aktivität und deren empirischer Evidenz (vgl. Neugarten et al. 1996).

5 Hypothesen

Nun soll überprüft werden, wie sich der Rollenverlust bei Rentenübertritt auswirkt und ob die genannten Anpassungskonzepte eine positive Wirkung auf den Übergang in den Ruhestand haben und damit die Verschlechterung der Gesundheit kompensieren können. Wie bereits zu Beginn der Arbeit gezeigt wurde, ist die Überwindung von kritischen Lebensereignissen nicht alleine von der Art der Anpassung, sondern auch von sozialen und ökonomischen Ausgangsbedingungen abhängig. Es hat sich herausgestellt, dass bestimmte Gruppen besser mit Stress umgehen können als andere. Von daher werden nach Untersuchung der beiden Hauptthesen in einem zweiten Analyseschritt die sozialen und ökonomischen Determinanten für die spezifischen Gruppen berücksichtigt.

Hypothese 1 (allgemeine Hypothese): Die Gesundheit verschlechtert sich mit dem Rentenübertritt. Aufgrund der Annahme, dass der Übergang in den Ruhestand ein „kritisches Lebensereignis“ ist, welches als Stressor auf die Person wirkt, wird erwartet, dass sich die Gesundheit beim Übergang in die Rente verschlechtert.

Hypothese 2 (Aktivitätstheorie): Durch die Aufnahme von Aktivität wird die Gesundheitsverschlechterung kompensiert. Durch die Aufnahme von Aktivität kann der Rollenverlust beim Übergang in die Rente kompensiert werden. Bei erfolgreicher Anpassung erfolgt keine Verschlechterung des Gesundheitszustands.

Hypothese 3 (Disengagementtheorie): Durch die bewusste Aufgabe von Aktivität wird die Gesundheitsverschlechterung kompensiert. Mit dem Übergang in den Ruhestand erfolgt ein freiwilliger Rückzug in die Altersrolle,

wodurch Aktivitäten bewusst reduziert werden. Bei erfolgreichem gegenseitigem Disengagement zwischen Individuum und Gesellschaft findet keine Verschlechterung des Gesundheitszustands statt.

Hypothese 4 (Disengagementtheorie): Durch Frühverrentung (Mismatch) kommt es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands. Frühverrentung gilt auf Grundlage der Disengagementtheorie als *Mismatch* zwischen Gesellschaft und Individuum und führt damit zur Verschlechterung der Gesundheit.

Hypothese 5 (Determinanten der Stressbewältigung): Die Gesundheitsveränderung erfolgt gruppenspezifisch. Die Fähigkeit zur Anpassung ist abhängig von sozialen und ökonomischen Determinanten. Je nach Ausgangsbedingungen könnte sich der Stressor „Rentenübertritt“ unterschiedlich auf die Veränderung der Gesundheit auswirken.

6 Empirische Analyse

6.1 Daten

Die Analyse basiert auf Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), einem multidisziplinären Datensatz, dessen Schwerpunkt auf Gesundheitsindikatoren, dem soziökonomischen Status sowie auf familiären und sozialen Netzwerken liegt. Befragt wurden Personen über 50 Jahre und deren Partner. Insgesamt nahmen mehr als 45.000 Individuen an der Erhebung teil. Die Befragung wurde in 15 verschiedenen Ländern durchgeführt, wobei darauf geachtet wurde, dass es eine für den europäischen Raum ausbalancierte Studie ist. Dies bedeutet, dass Länder relativ zu ihrer Größe aus Süd- (Spanien, Italien und Griechenland), Mittel- (Österreich, Frankreich, Deutschland, Schweiz, Belgien und Niederlande) und Nordeuropa (Dänemark, Schweden) ausgewählt wurden. Zudem wurden zwei osteuropäische Länder (Tschechische Republik und Polen) sowie Irland aufgenommen.

SHARE ist als längsschnittliche Befragung aufgebaut. Bis jetzt liegen drei Wellen vor. Die ersten zwei Wellen (Erhebungszeitraum: 2004-06, 2006-07) besitzen den gleichen Fragenkatalog und können derart als Panelluntersuchung behandelt werden. Die dritte Welle ist als Lebensverlaufsstudie angelegt und läuft unter dem Namen SHARELIFE (Erhebungszeitraum: 2008-09). Die Befragungen werden vom MEA (Munich Center for Economics of Aging) und vom Max-Planck-Institute for Social Law and Social Policy zentral organisiert und sind mit der HRS (U.S. Health and Retirement Study) und ELSA (Englisch Longitudinal Study of Ageing) harmonisiert. Auch andere Studien, beispielsweise in Asien, wurden nach dem Konzept von SHARE konstruiert.

6.2 Stichprobe

Da in der folgenden Analyse nur Individuen betrachtet werden sollen, die einen potentiellen Rentenübertritt haben, wurden nur Befragte, die in Welle eins gearbeitet haben, mit in das Sample aufgenommen. In Welle zwei sollten die Befragten entweder noch erwerbstätig oder gerade in Rente gegangen sein. Zudem wurden alle Befragten unter 50 Jahre aus dem Sample genommen, da hier ein potentieller zeitnaher Rentenübertritt sehr unwahrscheinlich ist. Diese Kürzung des Samples wurde vorgenommen, damit bei den Analysen zwei in ihren Merkmalskombinationen (vor allen Dingen auf Gesundheit bezogen) homogene Gruppen aus kontinuierlich Erwerbstätigen auf der einen Seite und in Rente Übertretende auf der anderen Seite, gewonnen werden. Da das Alter einer der wichtigsten Indikatoren für Gesundheit ist, erkennt man bei der Betrachtung der beiden Gruppen (siehe Abbildung 6.2-1 und Tabelle 6.2-1), dass die in Rente Übergetretenen im Mittel fünf Jahre älter sind, sich aber die Gruppe der noch Erwerbstätigen durch die Kürzung des Samples an die der Rentner angenähert hat. Um diesen Unterschied später nicht fälschlicherweise für einen Effekt des Rentenübertritts zu halten, wird ein Fixed-Effect-Modell gerechnet, welches im Anschluss genauer erläutert wird.

Tabelle 6.2-1: Altersvergleich von Rentenübertritten und weiter Erwerbstätigen

	M	SD	SW	N
Rentenübertritte	62	3.724094	29	581
Erwerbstätige	57	3.724190	32	3955

Ein weiteres Problem, das sich bei der Analyse zwischen Rentenübergang und Gesundheit zeigt, ist die zeitliche Sukzession. Es könnte auch sein, dass sich die Gesundheit nicht durch den Rentenübergang verschlechtert, sondern dass die Personen aufgrund einer Gesundheitsverschlechterung verrentet wurden. Um diesem Problem entgegenzuwirken, wurden alle Befragten, die beim Rentenübertritt angegeben hatten, diesen aus gesundheitlichen Gründen zu vollziehen, aus dem Sample ausgeschlossen. Schlussendlich wird eine Samplegröße von 4536 Individuen erreicht.

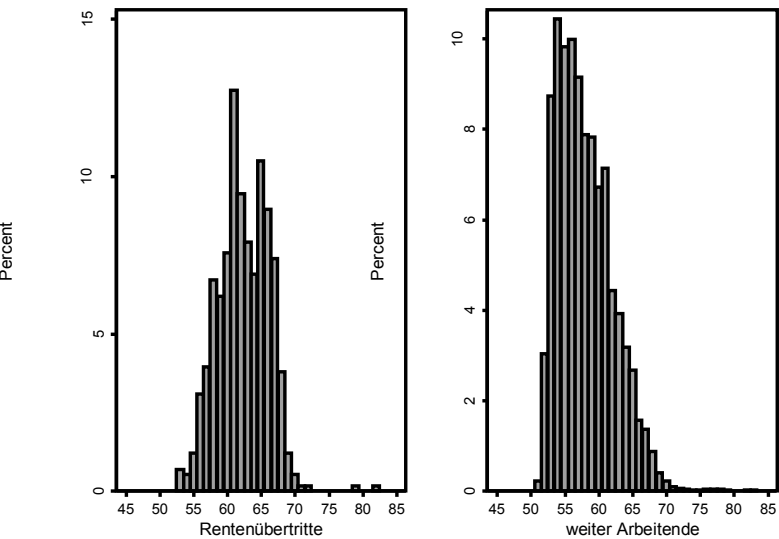


Abbildung 6.2-1: Alter der Rentenübertritte und weiter Arbeitenden

6.3 Methode (Fixed-Effekt Modell)

Ein geeignetes Datenanalysekonzept für die Untersuchung des Effektes des Rentenübertrittes auf die Gesundheit ist eine „Fixed-Effect“-Regression. Der Vorteil eines individuenspezifischen „Fixed-Effect“-Modelles liegt darin, dass sowohl beobachtete als auch unbeobachtete personenspezifische zeitkonstanten Effekte kontrolliert werden.

Ein multivariates Regressionsmodell über mehrere Zeitpunkte kann wie folgt formuliert werden (vgl. Wooldridge 2003: 461ff.):

$$y_{it} = x'_{it} \beta + z'_i \alpha + \varepsilon_{it}$$

Hierbei ist y_{it} die abhängige Variable, die für jedes Individuum (i) über jeden Zeitpunkt (t) beobachtet wurde. Enthalten sind ferner die zeitvariablen unabhängigen Variablen x_{it} und die zeitkonstanten Prädiktoren z_i und ihre dazugehörigen Regressionsparameter β und α , zudem der Fehlerterm ε_{it} , der über Zeit und Individuum variieren kann. Subtrahiert man nun von jedem Individuum seinen personenspezifischen Mittelwert, erhält man folgende Gleichung:

$$(y_{it} - \bar{y}_i) = (x'_{it} - \bar{x}'_i) \beta + (z'_i - \bar{z}'_i) \alpha + (\varepsilon_{it} - \bar{\varepsilon}_i)$$

Da der Mittelwert einer Konstanten die Konstante selbst ist, erkennt man, dass sich der zeitkonstante Teil aus der Gleichung kürzt. Damit erhält man die endgültige Schätzgleichung (vgl. StataCorp 2009: 446 ff.):

$$(y_{it} - \bar{y}_i) = (x'_{it} - \bar{x}'_i) \beta + (\varepsilon_{it} - \bar{\varepsilon}_i)$$

Hierbei können die β 's wie in einem einfachen untransformierten OLS-Modell interpretiert werden, außer dem Koeffizienten der Konstanten¹².

¹² Diese haben jedoch in der nachfolgenden Arbeit keine bedeutende Relevanz.

Der große Vorteil besteht darin, wie oben bereits erwähnt, dass alle zeitkonstanten Effekte herausgerechnet werden können. Dies bedeutet, dass es keine individualspezifische unbeobachtete Heterogenität durch zeitkonstante Effekte geben kann (vgl. Verbeek 2004: 351ff.).

Da das Interesse der Untersuchung der abhängigen Variable Gesundheit gilt, welche im Folgenden durch unterschiedliche Gesundheitsindikatoren dargestellt wird, haben durch das Fixed-Effekt-Modell zeitkonstante Faktoren wie Bildung, Geschlecht, sozioökonomische Herkunft oder länderspezifische Effekte keinen Einfluss mehr auf die Gesundheit. Dies erleichtert natürlich die Identifikation des „wahren“ Effektes auf die Gesundheit während des Rentenübertritts. Das ist jedoch auch ein Nachteil, da man durch das Herausrechnen der zeitkonstanten Effekte auch nicht die Richtung und Stärke ihres Einflusses interpretieren kann (gilt natürlich nur für Beobachtbare).

6.4 Gesundheitsindikatoren

Bei der Messung der Gesundheit sollten immer ihre unterschiedlichen Dimensionen berücksichtigt werden. Zudem sollte man bei der Betrachtung von Gesundheitsindikatoren auch darauf achten, ob es sich um „objektive“ oder „subjektive“ Indikatoren handelt. Bei „objektiven“ Indikatoren wird versucht Gesundheit möglichst durch messbare oder äußerlich ersichtliche Kriterien festzuhalten (beispielsweise maximale Greifkraft oder chronische Krankheiten). „Subjektive“ Indikatoren sind dagegen selbstberichtete Einschätzungen (beispielsweise selbsterstatter subjektive Gesundheit oder Euro-D).

SHARE bietet eine breite Palette an Instrumenten, um die Gesundheit zu messen. Die folgende Untersuchung beschränkt sich jedoch nur auf drei Indikatoren: die „maximale Greifkraft“, die „subjektive Gesundheitseinschätzung“ und die „Euro-D Skala“. Die restlichen Indikatoren wurden ausgeschlossen, da sie diverse Probleme besitzen. So ist zum Beispiel davon auszugehen, dass über den kurzen Zeitraum dieser Unter-

suchung einige Indikatoren nicht anschlagen können, wie z.B. chronische Krankheiten. Ein weiteres Problem liegt darin, dass manche Indikatoren nicht sonderlich gut geeignet sind, Veränderungen des Gesundheitszustands zu erfassen, da es hier zu einem Quasi-Zensierungsproblem kommt. So ist es beispielsweise beim ADL (Aktivität des täglichen Lebens) schwer, eine Verbesserung zu erkennen, da viele Befragte überhaupt keine Beschränkungen haben und somit auch keine Verbesserung erkennbar werden kann. Aufgrund dessen wurden die drei genannten Indikatoren ausgewählt.

Die maximale Greifkraft ist ein Indikator¹³, mit dem die allgemeine, aber insbesondere die körperliche Gesundheit gemessen wird. Das besondere an diesem Indikator ist, dass er mit Hilfe eines Messgerätes erhoben wird und so schwerer zu manipulieren ist (vgl. Hank et al. 2009). Dies ist besonders beim Vergleich der Gesundheit in unterschiedlichen kulturellen Kontexten sinnvoll. Dieser besondere und erstmals im SOEP und SHARE erhobene Gesundheitsindikator soll im Folgenden nun als Messung der physischen Gesundheit dienen.

Der zweite Indikator ist die subjektive Gesundheitseinschätzung¹⁴. Er dient insbesondere der Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Allgemein gilt er als zuverlässiger Gesundheitsindikator, beispielsweise für das Mortalitätsrisiko (vgl. Ellen & Yael 1997). Man sollte jedoch beachten, dass es zu gewissen Verzerrungen kommt. So ist bekannt, dass die subjektive Gesundheitseinschätzung sensibel für sozial- kulturelle Unterschiede (vgl. Jürgens 2007) ist. Aber dank des Fixed-Effekt-Modelles sollten solche länderspezifische Heterogenitäten in der Gesundheitswahrnehmung kontrolliert werden.

¹³ Hierbei ist zu beachten, dass höhere Werte besserer Gesundheit entsprechen.

¹⁴ Welche mit einer durchgängig beschrifteten Skala von „poor“ bis „excellent“ angegeben ist, wobei „poor“ mit 1 und „excellent“ mit 5 codiert ist.

Die Euro-D Skala ist ein Instrument zur Messung der Depressivität von Personen¹⁵. Hierbei werden zwölf verschiedene Items abgefragt¹⁶, die anschließend zu einem einfachen Index aufaddiert werden. Diese bewährte Methode (vgl. Prince et al. 1999) soll der Messung der psychischen Gesundheit dienen. Bei Befragungen zu Depressionen, vor allem mit selbst-erstatteten Items, sollte jedoch immer beachtet werden, dass es zu geschlechtsspezifischen Unterschieden kommen kann.

6.5 Deskriptive Analyse

Betrachtet man die Veränderung der einzelnen Indikatoren über die zwei Wellen und differenziert in die Gruppe der in Rente Übergetretenen und in die der in Arbeit verweilenden, so sind erste Rückschlüsse auf die Fragestellung zulässig. Rentenübertritte finden statt, wenn Personen von Welle eins auf Welle zwei aus der selbstberichteten Erwerbstätigkeit in die selbstberichtete Rente übergetreten sind.

Um die Veränderung der Indikatoren zu betrachten, wurde eine Differenz zwischen der ersten und zweiten Welle gebildet. Durch eine gruppenspezifische Betrachtung der Differenz erhält man den Effekt des Rentenübertritts. Stellt man diesen grafisch dar, (siehe Abbildung 6.5-1¹⁷) so erkennt man, dass die Gruppe die den Rentenübertritt erlebt hat, eine scheinbar größere Streuung besitzt.

¹⁵ Im Speziellen für ältere Personen geeignet.

¹⁶ In der folgenden Untersuchung jedoch umgekehrt gepolt, also umso höher umso gesünder.

¹⁷ Hier nur für maximale Greifkraft dargestellt, jedoch bei den anderen Indikatoren ähnlich.

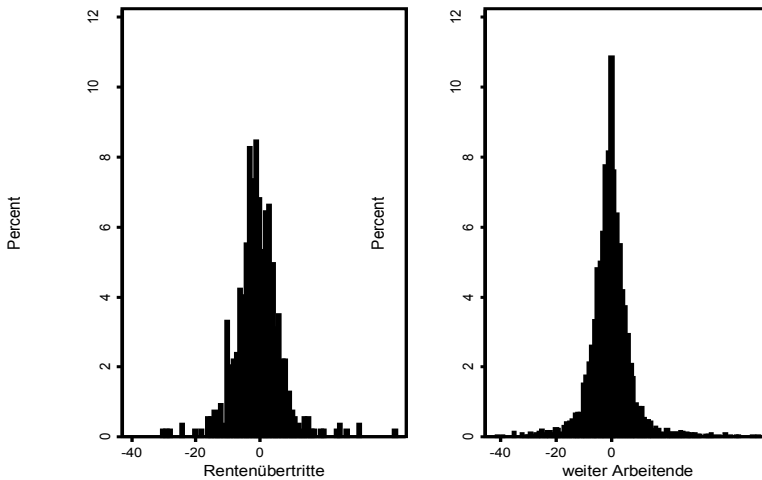


Abbildung 6.5-1: Differenz in der maximalen Greifkraft

Dies bedeutet, dass bei der Gruppe der weiterhin Berufstätigen, über die zwei Jahre hinweg, weniger Veränderungen in der Gesundheit erkennbar sind als bei der Gruppe der Rentenübertritte. Betrachtet man aber die Standardabweichung der maximalen Greifkraft (siehe Tabelle 6.5-1), so erkennt man, dass dieser Schluss nicht haltbar ist, da die Standardabweichung bei den noch Berufstätigen größer ist als bei den in Rente übergetretenen. Jedoch kann dies auch an den breiteren Rändern liegen.

Tabelle 6.5-1: Gesundheitsindikatoren

Indikator		M	SA	SW
Max. Greifkraft	Rentenübertritte	-0.54	7.22	72
	Erwerbstätige	-0.37	7.60	94
Subj. Gesundheit	Rentenübertritte	-0.18	0.91	6
	Erwerbstätige	-0.17	0.95	8
Euro-D	Rentenübertritte	0.22	1.89	19
	Erwerbstätige	0.14	1.86	19

Man erkennt bei den beiden ersten Indikatoren, dass ihr Mittelwert negativ ist. Dies bedeutet, dass sich die körperliche und die subjektiv eingeschätzte Gesundheit über die zwei Jahre verschlechtern. Ein Indiz, dass es Rentnern schlechter geht ist, dass die beiden Mittelwerte der in Rentenübertritte negativer sind als die der Anderen. Die Euro-D Skala zeigt ein entgegengesetztes Bild. Hier verbessert sich die Gesundheit in beiden Gruppen, wobei die Veränderung bei den Rentnern deutlicher ist.

Die beiden ersten Indikatoren zeigen das erwartete Bild, jedoch soll nun in der multivariaten Analyse festgestellt werden, ob diese, sich bivariat andeutenden Effekte, wirklich so vorliegen und Signifikanz aufweisen oder nur durch bestimmte Merkmalskombinationen zustande kommen.

6.6 Hypothesentest und Modellinterpretation

Grundsätzlich wird in allen Modellen angenommen, dass sich die Gesundheit alleine aufgrund des Alters verschlechtert. Um diesen Effekt zu berücksichtigen, wurde das Alter als Kontrollvariable in das Modell aufgenommen. Bei der subjektiven Gesundheit und bei der maximalen Greifkraft kann von einer linearen Verschlechterung der Gesundheit ausgegangen werden. Der Euro-D hat hingegen einen nicht linearen Verlauf. Dies wird durch die Berücksichtigung des quadrierten Alters modelliert. Jedoch zeigt sich hier ab dem Alter 65 ebenfalls ein abfallender Verlauf.

Hypothese 1:

Die Erwartung, dass mit dem Übergang in den Ruhestand eine Verschlechterung der Gesundheit stattfindet, kann im Allgemeinen nicht bestätigt werden. Vielmehr zeigt sich beim Euro-D ein beinahe signifikant positiver Zusammenhang. Damit haben die depressiven Symptome bei der Gruppe der Personen, die in Rente übergetreten sind, sogar abgenommen, was den Schluss zulässt, dass durch den Rentenübertritt eine Verbesserung der psychischen Gesundheit stattfindet. Die Werte zur subjektiven Gesundheit und zur maximalen Greifkraft sind nicht signifikant.

Diese Dimensionen der Gesundheit werden somit durch den Übertritt in den Ruhestand nicht beeinflusst.

Tabelle 6.6-1: Fixed-Effekt-Regressionen für Gesundheitsindikatoren (Hypothese 1)

	Greifkraft	sub. Gesundheit	Euro_D
Rentenübertritt	-0.110 (-0.32)	-0.0144 (-0.34)	0.173 (1.89)
Alter	-0.169*** (-3.55)	-0.0669*** (-11.60)	0.432** (2.64)
Alter ²			-0.00338* (-2.33)
Konstante	50.33*** (18.64)	7.315*** (22.39)	-3.241 (-0.70)
N	8766	9070	8993

Anmerkungen: Eigene Berechnungen. Die Tabelle zeigt FE-Koeffizienten (Standardfehler in Klammern). * $p < .05$; ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Hypothese 2:

Aufgrund der Aktivitätstheorie wird erwartet, dass die Aufnahme einer neuen bzw. alternativen Aktivität dazu beiträgt, die Verschlechterung des Gesundheitszustands und damit das kritische Ereignis zu kompensieren. Im Idealfall sollte die Aktivität im Alter die Tätigkeit der mittleren Lebensphase ersetzen. Da dies jedoch aus gesellschaftlichen und institutionellen Gründen nicht immer hundertprozentig möglich ist und damit häufig auch alternative Tätigkeiten aufgenommen werden, genügt es für die Untersuchung, einen Index zu bilden, der sowohl soziales als auch sportliches Engagement außerhalb der Familie zusammenfasst.

Auf die Berücksichtigung sozialer Unterstützungsleistungen innerhalb der Familie¹⁸ wurde bewusst verzichtet, da man hier nicht feststellen kann, ob die Aktivität freiwillig, oder aufgrund von belastenden familiären

¹⁸ Hierunter fallen vor allem Betreuungs- und Pflegeleistungen innerhalb der Familien.

Umständen aufgenommen wurde. In der Aktivitätstheorie wird nicht spezifiziert, wie die Kompensation der Aktivität der mittleren Lebensphase ablaufen kann. Betrachtet man nun Tabelle 6.6-2, so zeigen sich für Personen, die mit dem Übergang in den Ruhestand ihre außerberufliche Aktivität gesteigert haben, keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung des Gesundheitszustands. Damit kann die Hypothese 2 nicht bestätigt werden und die Aktivitätstheorie dient nicht als Anpassungsstrategie zur Bewältigung „kritischer Lebensereignisse“.

Tabelle 6.6 -2: Fixed-Effekt-Regressionen für Gesundheitsindikatoren (Hypothese 2)

	Greifkraft	sub. Gesundheit	Euro_D
Rentenübertritt	0.0334 (0.08)	0.00169 (0.03)	0.184 (1.76)
Alter	-0.144** (-2.68)	-0.0703*** (-10.84)	0.437** (2.66)
Aktivitätsaufnahme	-0.294 (-1.01)	0.0405 (1.14)	-0.0323 (-0.45)
Aktivitätsaufnahme*Rentenübertritt	-0.475 (-0.60)	-0.0684 (-0.72)	-0.0291 (-0.15)
Alter ²			-0.00341* (-2.35)
Konstante	48.93*** (16.13)	7.502*** (20.52)	-3.471 (-0.75)
N	8766	9070	8993

Anmerkungen: Eigene Berechnungen. Die Tabelle zeigt FE-Koeffizienten (Standardfehler in Klammern). * $p < .05$; ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Hypothese 3:

Die Aufgabe einer Aktivität führte bei in Rente übertretenden Personen zu keinem signifikanten Ergebnis und deckt sich folglich nicht mit der Annahme der Disengagementtheorie über die positiven Folgen des „sozialen Rückzug“ auf das Individuum. Dem Konzept folgend, ist der Übertritt in die Rente eine Entbindung von Rollenverpflichtung, insbesondere der Erwerbstätigen Rolle. Die Aufgabe von Aktivitäten wird demnach als An-

passungsstrategie gesehen, zu der das Individuum jedoch nicht gezwungen wird, sondern dem eigenen Wunsch folgt. Deshalb wäre eine Verbesserung des Wohlbefindens bzw. der Gesundheit zu erwarten. Bei allen drei überprüften Gesundheitsindikatoren bleibt der vermutete Effekt aus, sodass Hypothese 3 verworfen werden muss.

Tabelle 6.6-3: Fixed-Effekt-Regressionen für Gesundheitsindikatoren (Hypothese 3)

	Greifkraft	sub. Gesundheit	Euro_D
Rentenübertritt	-0.0235 (-0.06)	-0.0100 (-0.22)	0.165 (1.67)
Alter	-0.155** (-2.90)	-0.0627*** (-9.74)	0.420* (2.56)
Aktivitätsabnahme	-0.188 (-0.62)	-0.0541 (-1.47)	0.0894 (1.21)
Aktivitätsabnahme*Rentenübertritt	-0.599 (-0.64)	-0.0380 (-0.34)	0.0653 (0.29)
Alter ²			-0.00334* (-2.30)
Konstante	49.51*** (16.48)	7.081*** (19.50)	-2.713 (-0.58)
N	8766	9070	8993

Anmerkungen: Eigene Berechnungen. Die Tabelle zeigt FE-Koeffizienten (Standardfehler in Klammern). * $p < .05$; ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Hypothese 4:

In Tabelle 6.6-4 wird untersucht, inwieweit die Frühverrentung Auswirkungen auf den Gesundheitszustand hat. Es zeigt sich eine fast signifikante Verbesserung des Euro-D durch den verfrühten Übergang in die Rente. Dieses Ergebnis widerspricht der Annahme der Disengagementtheorie, dass es durch den frühzeitigen Rückzug aus dem Erwerbsleben zu einem Mismatch zwischen Gesellschaft und Individuum kommt. Ein verfrühter Rentenübertritt, der nicht den gesellschaftlichen und institutionellen Regelungen entspricht, muss somit nicht als zusätzlichen Stressor wirken.

Bei den Gesundheitsindikatoren maximale Greifkraft und Euro-D konnten keine Veränderungen beobachtet werden.

Tabelle 6.6-4: Fixed-Effekt-Regressionen für Gesundheitsindikatoren (Hypothese 4)

	Greifkraft	sub. Gesundheit	Euro_D
früher Rentenübertritt	-0.172 (-0.40)	0.0113 (0.22)	0.204 (1.92)
normaler Rentenübertritt	-0.00318 (-0.01)	-0.0574 (-0.88)	0.110 (0.76)
Alter	-0.169*** (-3.55)	-0.0669*** (-11.60)	0.412* (2.45)
Alter ²			-0.00321* (-2.16)
Konstante	50.33*** (18.64)	7.316*** (22.39)	-2.674 (-0.56)
N	8766	9070	8993

Anmerkungen: Eigene Berechnungen. Die Tabelle zeigt FE-Koeffizienten (Standardfehler in Klammern). * $p < .05$; ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Hypothese 5:

Unter Berücksichtigung der sozialen und ökonomischen Ausgangsbedingungen werden nun die vorangegangenen Hypothesen für spezifische Gruppen überprüft. Unterschiede zeigen sich vor allem zwischen weiblichen und männlichen Personen. Während sich bei Frauen die maximale Greifkraft und der Euro-D nach dem Rentenübertritt signifikant verbessern, findet bei Männern eine knapp nicht signifikante Verschlechterung der maximalen Greifkraft statt. Der Euro-D verbessert sich bei Männern zwar auch leicht, allerdings ist hier der Effekt nicht signifikant.

Ein Effekt zeigt sich auch beim Einkommen der untersuchten Personen. Hierzu wurden zwei Gruppen unterschieden, zum einen Personen, die angegeben haben, mit ihrem Einkommen gut auszukommen und zum anderen solche, denen ihr Einkommen nicht ausreicht. Erstere weisen beim Euro-D einen signifikant höheren Wert auf und können damit den Rentenübertritt besser verkraften als Personen, die mit ihrem Ein-

kommen nur schlecht auskommen. Dies erklärt sich dadurch, dass finanzielle Belastungen als zusätzlicher Stressor auf die Person wirken können und damit das sorglose Altern der Befragten beträchtlich beeinflusst werden kann.

Ein zusätzliches Bildungsjahr verändert den Gesundheitszustand beim Rentenübertritt nicht, möglicherweise ist dieser Indikator schlecht geeignet, um die untersuchte Problematik abzubilden, da er eine Tatsache abbildet, die bereits weit in der Vergangenheit liegt.

Beim Familienstand¹⁹ zeigen sich wiederum unterschiedlich starke Effekte in der Dynamik. Zwar weisen beide Gruppen einen positiven Wert beim Euro-D auf, allerdings ist dieser Effekt bei Verheirateten deutlich schwächer ausgeprägt als bei Nicht-Verheirateten. Möglicherweise kommt es bei Ehepaaren mit dem Rentenübertritt zu einem Rollenkonflikt, denn durch den Verlust der Berufsrolle müssen beide ihre Rollen neu definieren und aufeinander abstimmen, dies kann zumindest kurzfristig zu Schwierigkeiten in der Anpassung führen.

Bei Befragten mit Kindern ergibt sich ebenfalls ein positives Ergebnis, dies zeigt sich vor allem durch einen fast signifikant positiven Wert bei der maximalen Greifkraft. Für Personen ohne Kinder ist dieser Effekt zwar ebenso schwach positiv, allerdings nicht signifikant. Eine mögliche Erklärung ist die emotionale und soziale Einbindung der Verrenteten in die Familie. Darüber hinaus können Kinder auch zur finanziellen Absicherung im Alter beitragen.

Da lediglich das Geschlecht eine gegensätzliche Veränderung der Gesundheit aufweist, wurden hier die Hypothesen zu möglichen Anpassungsleistungen noch einmal geschlechtsspezifisch getestet. Dabei waren jedoch keine signifikanten Effekte erkennbar. Das könnte daran liegen, dass diese spezifische Gruppe im Sample zu schwach besetzt ist. Es stellt

¹⁹ Der Familienstand wird differenziert nach verheirateten und nicht-verheirateten Personen.

sich zudem heraus, dass der geschlechtsspezifische Effekt der Gesundheit beim Rentenübertritt durch einzelnen Ausreißer bei den Frauen zu erklären ist. Rechnet man also das geschlechtsspezifische Modell ohne Ausreißer verschwindet der geschlechtsspezifische Effekt.

7 Zusammenfassung und Diskussion

Die anfängliche Annahme, dass der Rentenübertritt ein „krisenhaftes Ereignis“ ist und sich daher negativ auf die Gesundheit auswirkt, konnte in dieser Untersuchung empirisch nicht bestätigt werden. Das allgemeine Modell zeigt keine Effekte des Rentenübertritts auf den Gesundheitszustand der verrenteten Person (Tabelle 6.6-1). Erst durch eine gruppenspezifische Differenzierung zeigen sich sowohl positive als auch negative Effekte auf die Gesundheit. Die Annahme einer Bewältigung des „Rentenschocks“ durch die Aufnahme oder Beendigung von Aktivitäten konnte ebenfalls nicht bestätigt werden. Dass der Verlust der Berufsrolle durch das Anpassungskonzept der Aktivitäts- und Disengagementtheorie (Tabelle 6.6-2 – Tabelle 6.6-4) kompensiert wird ist somit nicht nachweisbar. Womöglich wird dieser „Schock“ nur noch in sehr spezifischen Personengruppen wahrgenommen.

Bei der Messung der Gesundheitsveränderung ist fraglich, ob der Zeitraum zwischen den beiden Messzeitpunkten ausreicht um überhaupt eine Verschlechterung der Gesundheit feststellen zu können. Allgemein sollte in späteren Untersuchungen ein Fokus auf die Verweildauer im Rentendasein gelegt werden. Die vorliegende Analyse berücksichtigt nicht, ob die befragte Person bereits kurz nach der Befragung der ersten Welle oder erst kurz vor der Befragung zur zweiten Welle in die Rente übergetreten ist. Dies wäre mit der Zuhilfenahme der Lebensverlaufsdaten aus der dritten Welle möglich. Auch ein größeres Sample wäre wünschenswert, da knapp 600 Rentner zur Betrachtung spezifischer Effekte, insbesondere Interaktionseffekte, nicht ausreichend sind.

Insgesamt bestehen auf Basis der Ergebnisse dieser Untersuchung erhebliche Zweifel, ob theoretische Konzepte, die den Rentenübertritt als rein negatives Ereignis sehen, nach wie vor haltbar sind. Möglicherweise hat sich der Umgang mit dem „kritischen Lebensereignis“ Rente verändert und könnte nun als Chance zur Selbstverwirklichung aufgefasst werden. Damit wären die Annahmen der Aktivitäts- und Disengagementtheorie nicht mehr zutreffend. Zudem ist zu klären, ob die „Bewältigung“ dieses Ereignisses tatsächlich ausschließlich von den vorliegend untersuchten Determinanten abhängig ist oder ob noch weitere Einflüsse berücksichtigt werden müssten. Verweilt man in der Logik des Stressors, sollte ferner berücksichtigt werden, dass an den Rentenübertritt weitere Stressoren (außer der Rollenanpassung) gekoppelt sein könnten (wie z.B. ein finanzieller Abstieg). Zudem konnte in dieser Arbeit nicht differenziert werden, wie sich die Personen auf den Übertritt vorbereitet haben. Gerade im Zeichen des demografischen Wandels werden Altersteilzeitmodelle und pluralistische Übergangsformen immer relevanter, weshalb sich die Frage stellt, ob die verschiedenen Rentenübertritte grundsätzlich noch vergleichbar sind.

Literatur

- Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 2006: Bevölkerungsstatistik 2006. Detaillierte Tabellen. Luxemburg.
- Backes, Gertrud und Wolfgang Clemens, 1998: Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Weinheim [u.a.]: Juventa.
- Backes, Gertrud und Wolfgang Clemens, 2008: Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Weinheim [u.a.]: Juventa.
- Coe, Norma und Gema Zamarro, 2011: Retirement effects on health in Europe. *Journal of Health Economics* 30: 77-86.
- Cohen, Sheldon, Ronald C. Kessler und Lynn Underwood Gordon, 1995: Measuring stress: A guide for health and social scientists. New York: Oxford University Press.
- Cumming, Elaine und William E. Henry, 1961: Growing old. The process of disengagement. Basic Books. New York.
- Dhaval, Dave, Inas Rashad und Jasmina Spasojevic, 2007: The Effects of Retirement on Physical and Mental Health Outcomes. Workingpaper 07-35. Department of Economics. University of Georgia State.
- Ekerdt, David J., Lynn Baden, Raymond Bossé und Elaine Dibbs, 1986: The effects of retirement on physical health. *American Journal of Public Health* 73/7: 779-783.
- Idler, Ellen L. und Benyamini Yael, 1997: Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior* 38/1: 21-37.
- Eppel, Heidi, 2007: Stress als Risiko und Chance. Grundlagen von Belastung, Bewältigung und Ressourcen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Filipp, Sigrun-Heide, 1995: Kritische Lebensereignisse. Weinheim: Beltz.
- Hank, Karsten, Hendrik Jürges, Jürgen Schupp und Gert Wagner, 2009: Isometrische Greifkraft und sozialgerontologische Forschung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 42/2: 117-126.
- Hurrelmann, Klaus, 2006: Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. München [u.a.]: Juventa.
- Jürges, Hendrik, 2007: True health vs. response styles: Exploring cross-country differences in self-reported health. *Health Economics* 16/2: 163-178.

- Knesebeck von dem, Olaf*, 2005: Soziale Einflüsse auf die Gesundheit alter Menschen. Eine deutsch-amerikanische Vergleichsstudie. Bern: Verlag Hans Huber. Hogrefe AG.
- Kohli, Martin*, 1985: Die Institutionalisierung des Lebenslaufes. Historische Befunde und theoretische Argumente. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 37: 1-29.
- Lehr, Ursula*, 1991: Psychologie des Alterns. Heidelberg: Quelle & Meyer.
- Martin, Mike und Matthias Kliegel*, 2008: Psychologische Grundlagen der Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mayring, Philipp*, 2000: Pensionierung als Krise oder Glücksgewinn? - Ergebnisse aus einer quantitativ-qualitativen Längsschnittuntersuchung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33: 124-133.
- Neugarten, Bernice L., Robert J. Havighurst, Sheldon S. Tobin*, 1996: Personality and Patterns of Aging. in: *Neugarten, Bernice L. und Dail A. Neugarten* (Hrsg.): *The Meanings of Age*. Chicago: University of Chicago Press.
- Prince, M. J., F. Reischies, A. T. Beekman, R. Furer, C. Jonker, S. Kivela, B.A. Lawlor, A. Lobo, H. Magnusson, M. Fichter, H. van Oyen, M. Roelands, I. Skoog, C. Turrina und J. R. Copeland*, 1999: Development of the EURO-D Scale - A European union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *British Journal of Psychiatry* 174: 330-338.
- Reitzes, Donald C., Elisabeth J. Mutran und Maria E. Fernandez*, 1996: Does retirement hurt well- being? Factors influencing selfesteem and depression among retirees and workers. *Gerontologist* 36: 649-656.
- Rosenmayr, Leopold und Hilde Rosenmayr*, 1978: Der alte Mensch in der Gesellschaft. Reinbek bei Hamburg: Rowohl.
- Schröter, Klaus R.*, 2003: Soziologie des Alters: Eine Standortbestimmung aus der Theorieperspektive. S. 50-61. in: *Orth, Barbara, Thomas Schwietring, und Johannes Weiß* (Hrsg.): *Soziologische Forschung: Stand und Perspektiven*. Opladen: Leske+Budrich.
- SHARE-Project: SHARE Brochure-Tackling the Demographic Challenge. http://www.share-project.org/t3/share/fileadmin/SHARE_Brochure/share_broschuere_web_final.pdf. Aufgerufen am 22.08.2011.
- StataCorp*, 2009. Stata: Release 11. Statistical Software. College Station, TX: StataCorp LP.
- Statistisches Bundesamt* (Hrsg.), 2009: Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Eine koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin. Wiesbaden.

- Stroebe, Wolfgang, Klaus Jonas und Miles R. C. Hewstone*, 2003: Sozialpsychologie. Eine Einführung. Berlin [u.a.]: Springer.
- Tartler, Rudolf*, 1961: Das Alter in der modernen Gesellschaft. Stuttgart: Enke.
- Tobin, Sheldon S. und Bernice L. Neugarten*, 1968: Zufriedenheit und soziale Interaktion im Alter. S. 572-578. in: *Thomae, Hans und Ursula Lehr*, (Hrsg.): Altern. Probleme und Tatsachen. Frankfurt: Akademische Verlagsanstalt.
- Van Solinge, Hanna*, 2007: Health change in retirement. A longitudinal study among older workers in the Netherlands. *Research on Aging* 29/3. 225-259.
- Verbeek, Marno*, 2004: A guide to modern econometrics. Southern Gate [u.a.]: John Wiley & Sons.
- Wooldridge, Jeffrey. M.*, 2003: Introductory Econometrics. A Modern Approach. South-Western: Mason.
- Wurm, Susanne, Heribert Engstler und Clemens Tesch-Römer*, 2009: Ruhestand und Gesundheit. S. 81-192. in: *Kochsiek, Kurt* (Hrsg.): Altern und Gesundheit. Altern in Deutschland. Bd.7. Halle/Stuttgart: Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.