

Z Gerontol Geriatr 2019 · 52:116–121

<https://doi.org/10.1007/s00391-019-01518-2>

Eingegangen: 19. Dezember 2018

Überarbeitet: 25. Januar 2019

Angenommen: 31. Januar 2019

Online publiziert: 25. Februar 2019

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

Alina Schmitz 

ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, Köln, Deutschland

Gesundheitliche Ungleichheiten im Alter

Theoretische Perspektiven und methodische Herausforderungen

Ältere Menschen sind erst in den letzten Jahren in den Fokus sozialegpidemiologischer Forschung gerückt, doch mittlerweile wurden gesundheitliche Ungleichheiten auch im Alter vielfach nachgewiesen: Je niedriger der soziale Status (zumeist gemessen an Bildung, Einkommen oder beruflicher Position), desto schwerwiegender ist die gesundheitliche Benachteiligung. Dieser *soziale Gradient der Gesundheit* zeigt sich in der Lebenserwartung, bei einer Reihe von Erkrankungen (z. B. Diabetes, Herzkrankheiten, Depressionen) bis hin zur subjektiven Gesundheitseinschätzung und bei funktionalen Einschränkungen [21].

Im Hinblick auf weiterführende Fragen ist die Forschungslage jedoch weniger eindeutig: Sind gesundheitliche Ungleichheiten das Resultat gesundheitlicher Selektionsprozesse oder werden sie durch ungleiche Lebensverhältnisse in Abhängigkeit vom Sozialstatus bedingt? Verändert sich das Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheiten im Lebenslauf? Welche Faktoren vermitteln den Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Gesundheit? Und welchen Einfluss haben sozialpolitische Maßnahmen auf das Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheiten? Dieser Beitrag gibt einen Überblick über theoretische Konzepte und aktuelle Studien zu diesen Fragestellungen und beleuchtet dabei besondere methodische Herausforderungen, die sich für die quantitativ-epidemiologische Alter(n)sforschung ergeben. Darauf aufbauend werden Perspektiven für zukünftige empirische Untersuchungen skizziert.

Ungleichheit des Alters und Ungleichheit im Alter

Während „Altern“ den Prozess des Altwerdens bezeichnet, meint „das Alter“ einen Lebensabschnitt, der das Resultat des Altwerdens darstellt. Allgemeingültige Kriterien zur Abgrenzung von früheren Lebensabschnitten gibt es nicht, allerdings ist eine eher pragmatische Definition anhand einer Altersschwelle von 60 oder 65 Jahren üblich. Da Alternsprozesse jedoch sowohl interindividuell als auch intraindividuell (z. B. im Vergleich der kognitiven und körperlichen Leistungsfähigkeit) sehr variabel sein können (*Ungleichheit des Alters*), sind chronologische Altersgrenzen nur bedingt aussagekräftig [39].

Abgesehen davon zeigen sich jedoch systematische Ungleichheiten im Hinblick auf die gesundheitliche Verfassung verschiedener Bevölkerungsgruppen. Diese *Ungleichheit im Alter* wird als Resultat einer Kumulation von Benachteiligung über den Lebenslauf hinweg angesehen. Zuletzt wurden daher Einflüsse aus früheren Lebensphasen ebenso wie Pfadabhängigkeiten verstärkt untersucht [11]. „Bei der Untersuchung von Gesundheit kann das Alter als ‚Lupe‘ verstanden werden, da sich bestimmte Prozesse über den Lebenslauf verstärken oder erst gegen Ende des Lebens zeigen“ [6]. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Gesundheitsentwicklung im Lebenslauf nicht nur in Abhängigkeit vom individuellen Sozialstatus erfolgt, sondern durch weitere Aspekte wie den wohlfahrtsstaatlichen Rahmen und die

wirtschaftliche Lage eines Landes beeinflusst wird [6].

Gesundheitliche Selektion oder soziale Verursachung?

Zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten werden im Wesentlichen zwei Mechanismen diskutiert. Einerseits ist denkbar, dass gesundheitlich beeinträchtigte Menschen seltener eine gehobene berufliche Stellung erreichen und in der Folge ein niedrigeres Einkommen erzielen (*gesundheitliche Selektion*). Andererseits stellt ein niedriger Sozialstatus aufgrund der damit assoziierten Lebensverhältnisse eine Gesundheitsgefährdung dar (*soziale Verursachung*) [25]. Gesundheitliche Selektionsprozesse werden oft als weniger relevant eingeschätzt, doch ein aktueller Literaturüberblick [19] belegt die Inkonsistenz empirischer Ergebnisse. Von Bedeutung ist hierbei die Operationalisierung des Sozialstatus. Während bei erwerbsbezogenen Indikatoren wie der Erwerbsbeteiligung oder Einkommenshöhe beide Mechanismen gleichermaßen wirken, überwiegt in bildungsbezogenen Analysen der Stellenwert sozialer Verursachungsprozesse. Zudem unterscheidet sich die Relevanz je nach Lebensphase, und gesundheitliche Selektionsprozesse verlieren im Alter an Bedeutung [14].

Es gilt jedoch zu bedenken, dass die genannten Indikatoren die sozioökonomische Situation alter Menschen möglicherweise unzureichend erfassen. So zeigt eine Längsschnittstudie [30], dass Deprivationsarmut (gemessen daran, ob ein ge-

sellschaftlich allgemein akzeptierter Lebensstandard erreicht werden kann) stärker mit der Gesundheit zusammenhängt als Einkommensarmut. Die Effektstärken nähern sich erst mit zunehmender Häufigkeit von Einkommensarmut an. Dies legt nahe, dass multidimensionale Indikatoren wie Deprivationsarmut die gesundheitlichen Auswirkungen von Armut adäquater erfassen als die „klassischen“ Statusindikatoren. Da Deprivationsarmut erst nach einer länger andauernden Zeit der Einkommensverknappung einsetzt, spricht sie insbesondere bei alten Menschen für eine Kumulation von Benachteiligungen über den Lebenslauf [1].

Veränderungen im Lebenslauf?

Im Hinblick auf altersassoziierte Veränderungen stellt sich weiterführend die Frage, ob sich der Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Gesundheit mit zunehmendem Alter verändert. Der *Kontinuitätsthese* zufolge haben die im Lebenslauf erreichten sozioökonomischen Ressourcen einen zeitstabilen Einfluss, sodass gesundheitliche Ungleichheiten im Alter in gleichem Ausmaß wie in früheren Lebensphasen bestehen [34]. Die *Age-as-leveler-These* (auch als *Destrukturierungshypothese* bezeichnet) postuliert dagegen eine Abschwächung aufgrund von biologischen Alterungsprozessen, die den Einfluss sozialer Faktoren weitgehend überlagern [13]. Weitere Argumente sind der Wegfall belastender Arbeitsbedingungen, der nivellierende Einfluss staatlicher Alterssicherungssysteme sowie die vorzeitige Sterblichkeit von Menschen mit einem niedrigen Sozialstatus [15, 24]. Die *Kumulationsthese* nimmt wiederum an, dass sich Belastungen in sozial benachteiligten Gruppen über den Lebenslauf anhäufen und es so zu einer Verstärkung gesundheitlicher Ungleichheiten im Alter kommt [32].

Für jede Hypothese finden sich empirische Belege (Überblicke in: [2, 21, 38]), wofür mehrere Ursachen in Betracht kommen. So basieren viele Studien auf Querschnittsanalysen, was in Bezug auf altersassoziierte Veränderungen nur eine sehr eingeschränkte Interpretation erlaubt, insbesondere in Anbetracht zu-

nehmend selektiver Stichproben in den höheren Altersgruppen, wie unten näher erläutert wird. Verlässlichere Aussagen zu intraindividuellen Veränderungen erlauben Längsschnittanalysen. Doch erneut findet sich je nachdem eine Verstärkung, Abschwächung oder Stabilität gesundheitlicher Ungleichheiten [2, 23, 24, 38]. Einen Hinweis auf mögliche Gründe für die inkonsistenten Ergebnisse liefern Studien, die verschiedene Dimensionen von Gesundheit zugleich betrachten. So stellen z. B. Leopold und Engelhardt [23] mit steigendem Alter eine Verstärkung von bildungsbezogenen Unterschieden bei funktionalen Einschränkungen, Mobilitätseinschränkungen und der maximalen Handgreifkraft fest, während sich der soziale Gradient bei chronischen Erkrankungen und der subjektiven Gesundheitseinschätzung als stabil erweist. Davon ausgehend diskutieren die Autorinnen die Eignung von Gesundheitsindikatoren, die auf Selbsteinschätzungen beruhen. Es ist denkbar, dass sich in der subjektiven Gesundheitseinschätzung auch zeitinvariante Persönlichkeitseigenschaften (z. B. Optimismus, Neigung zu Hypochondrie) widerspiegeln, sodass sich im Zeitverlauf keine Veränderung des sozialen Gradienten zeigt. Die subjektive Gesundheitseinschätzung bietet dem Befragten zudem einen großen Interpretationsspielraum in Bezug auf den individuellen Vergleichsmaßstab und die Gewichtung verschiedener Aspekte von Gesundheit. Dies ist dann problematisch, wenn die Diskrepanz zwischen „latenter Gesundheit“ (dem an objektiven Merkmalen gemessenen Gesundheitszustand) und Antwortverhalten systematisch in Abhängigkeit vom Sozialstatus differiert [6]. Dass dies der Fall ist, belegt eine international vergleichende Studie [40]. Demnach fällt die subjektive Gesundheitseinschätzung von Menschen mit einem hohen Bildungsniveau bei gleicher latenter Gesundheit schlechter aus als in niedrigen Bildungsgruppen. Die Unterschiede im Antwortverhalten werden damit erklärt, dass Menschen mit einem höheren Sozialstatus über mehr Wissen über ihren eigenen Gesundheitszustand verfügen und aufgrund ihrer privilegierten Situation höhere Erwar-

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

tungen an ihren Gesundheitszustand haben [6].

Erneut ist die Operationalisierung des Sozialstatus von Bedeutung: Gesundheitliche Ungleichheiten in Abhängigkeit von der beruflichen Stellung schwächen sich im Alter häufig ab – vermutlich aufgrund des Wegfalls beruflich belastender Arbeitsbedingungen bei Menschen mit einer niedrigen beruflichen Stellung. Wird der Sozialstatus anhand des Bildungsstands operationalisiert, werden solche Veränderungen häufig nicht beobachtet. Hier ist anzunehmen, dass damit einhergehende Ressourcen wie z. B. Wissen über gesundheitsförderliche Verhaltensweisen über den Lebenslauf hinweg mehr oder weniger gleichbleibend sind und damit einen zeitstabilen gesundheitlichen Effekt ausüben [34].

Auch der sozialstaatliche Kontext übt einen Einfluss aus. So nehmen gesundheitliche Ungleichheiten in den USA, einem Land mit liberalem Wohlfahrtsstaatsmodell, im Alter stärker zu als in Schweden, das ein umfassendes System sozialer Sicherung aufweist [22].

Herausforderungen der epidemiologischen Altersforschung

Bei der quantitativ-empirischen Erforschung von Gesundheit im Alter besteht grundsätzlich die Gefahr von Ergebnisverzerrungen durch selektive Stichproben. Obwohl ältere Menschen als besser erreichbar und teilnahmebereiter gelten als jüngere, ist mit steigendem Alter eine sinkende *Teilnahmewahrscheinlichkeit* zu verzeichnen. Dieser „unit nonresponse“ zeigt sich sowohl im Fall des Erstkontakts als auch bei Wiederholungsbefragungen und ist besonders hoch bei Menschen mit niedrigem Sozialstatus und/oder gesundheitlichen Einschränkungen [6, 9]. Ein besonderes Phänomen ist in diesem Zusammenhang der „survivorship bias“, der sich aufgrund der Tatsache ergibt, dass für gesundheitlich eingeschränkte oder verstorbene Personen keine Befragungsdaten vorliegen. Die Stichprobe umfasst damit eine Positivselektion von Personen, die nichtbeobachtete Charakteristika wie z. B. eine vorteilhafte genetische Disposition gemein haben und daher gesünder erscheinen als die jeweilige

Grundgesamtheit [6]. Problematisch ist Nonresponse v. a. dann, wenn das Fehlen von Beobachtungen mit der abhängigen Variable korreliert ist („missing not at random“). Dies ist in gesundheitsbezogenen Untersuchungen sehr wahrscheinlich, und es erfordert komplexe statistische Korrekturverfahren, um unverzerrte Ergebnisse zu erhalten [6, 12].

Ein Grund für die Selektivität von Stichproben ist darüber hinaus, dass Menschen, die nicht in Privathaushalten leben, zumeist (und auch in vielen explizit auf die ältere Bevölkerung ausgerichteten Befragungen) nicht in die Stichprobenziehung einbezogen werden. PflegeheimbewohnerInnen, bei denen von besonders ausgeprägten gesundheitlichen Beeinträchtigungen auszugehen ist, werden damit kategorisch ausgeschlossen [18]. Auch die *Teilnahmemöglichkeit* wird durch die Konzeption der Befragung beeinflusst. Es gibt verschiedene Strategien, um gesundheitlich und kognitiv eingeschränkte Personen einzubeziehen, z. B. durch spezielle Befragungsmethoden [35]. Eine Möglichkeit ist zudem der Einsatz von Proxy-Interviews, bei denen eine nahestehende Person stellvertretend für die Zielperson Auskunft gibt. Kelfve [17] untersucht anhand einer Befragung der älteren Bevölkerung, bei der auch PflegeheimbewohnerInnen gezielt rekrutiert werden, den Einfluss verschiedener Befragungsstrategien auf das geschätzte Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheiten. Sie ermittelt Bildungsunterschiede im Hinblick auf funktionale Einschränkungen und die Mortalität und erweiterte die Stichprobe sukzessive um verschiedene Personengruppen. Dabei zeigt sich eine signifikante Unterschätzung gesundheitlicher Ungleichheiten, wenn PflegeheimbewohnerInnen und Proxy-Interviews nicht in die Analysen einbezogen werden.

Vermittelnde Faktoren auf Mikroebene

Im Hinblick auf die vermittelnden Einflüsse zwischen Sozialstatus und Gesundheit werden auf Mikroebene drei Gruppen unterschieden [26]. Dem *materiellen Erklärungsansatz* zufolge arbeiten Menschen mit einem niedrigen Sozialstatus

häufiger unter gesundheitsschädigenden Arbeitsbedingungen, verfügen über ein geringeres Einkommen, und sind vermehrt schädigenden Wohnbedingungen und Umwelteinflüssen ausgesetzt [26]. Auch die geringere Verfügbarkeit und Qualität medizinischer Versorgung werden in diesem Zusammenhang diskutiert [10]. *Verhaltensbezogene Ansätze* sehen dagegen primär das ungleiche Gesundheitsverhalten in Abhängigkeit vom Sozialstatus als ursächlich für gesundheitliche Ungleichheiten an, da eine Vielzahl chronischer Erkrankungen stark mit Risikofaktoren wie Tabak- und übermäßigem Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, einer unausgewogenen Ernährung und Übergewicht zusammenhängen. Verhaltensbezogene Ansätze weisen zudem auf soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hin [20]. *Psychosoziale Erklärungsansätze* betonen den Einfluss von belastenden Lebensereignissen, die chronische Stressreaktionen auslösen und somit die Entstehung von Erkrankungen fördern [20]. Diese Ansätze sehen zudem die Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung als bedeutsam an und messen dem Bewältigungsvermögen einer Person eine große Bedeutung bei [4].

Die drei Gruppen von Einflussfaktoren sind allerdings nicht isoliert voneinander zu betrachten. So wird z. B. in Bezug auf materielle Deprivation angenommen, dass sich diese auch auf „indirektem“ Wege auf die Gesundheit auswirkt, indem Tabak- oder Alkoholkonsum von der betroffenen Person als Mittel zur Stressreduktion eingesetzt wird [29]. Studien zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten im Alter, die verschiedene Gruppen von Risikofaktoren berücksichtigen, haben noch immer Seltenheitswert. Eine Untersuchung zur deutschen Bevölkerung im Alter von 60 bis 85 Jahren [33] zeigt, dass der Zusammenhang zwischen Bildung und subjektiver Gesundheitseinschätzung v. a. durch materielle Faktoren vermittelt wird, einerseits aufgrund ihrer vergleichsweise großen direkten Erklärungskraft, aber auch durch indirekte Effekte über das Gesundheitsverhalten und psychosoziale Faktoren. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich im Hin-

blick auf objektive Gesundheitsindikatoren wie die Mortalität oder chronische Erkrankungen [28, 36].

Die genannten Studien basieren auf Querschnittsanalysen und können somit lediglich Zusammenhänge abbilden. Vertiefende Einblicke liefern Längsschnittanalysen, die jedoch das im Querschnitt gefundene Muster bestätigen. Stolz et al. [37] zeigen etwa, dass armutsassoziierte Gesundheitsveränderungen auf materielle Entbehrungen und insbesondere auf psychosoziale Einflüsse zurückzuführen sind, wogegen das Gesundheitsverhalten nur einen marginalen Beitrag leistet. Davon ausgehend schlussfolgern sie, dass sozialpolitische Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten im Alter auf die Stärkung der Selbstwirksamkeit und die Verbesserung materieller Lebensbedingungen fokussieren sollten.

Da gesundheitliche Ungleichheiten im Alter das Ergebnis lebenslanger Entwicklungen sind, sind Einflüsse aus früheren Lebensphasen zuletzt in das Forschungsinteresse gerückt. Die Zusammenhänge und Wirkungsmechanismen sind hierbei komplex, da neben Pfadabhängigkeiten und der Akkumulation belastender Lebensbedingungen zu berücksichtigen ist, dass die Gesundheit selbst kein statischer Zustand ist [11]. Studien zeigen darüber hinaus, dass sich Lebenslaufdynamiken in Abhängigkeit vom wohlfahrtsstaatlichen Kontext unterscheiden [3].

Makroeinflüsse auf gesundheitliche Ungleichheiten

Abgesehen von der *Beschreibung* und *Erklärung* gesundheitlicher Ungleichheiten im Alter steht die Forschung vor der Herausforderung, sozialpolitische Stellschrauben zur *Reduzierung* gesundheitlicher Ungleichheiten zu identifizieren [31]. Übereinstimmend zeigt sich, dass die *durchschnittliche gesundheitliche Lage der Gesamtbevölkerung* in Ländern mit universellen und generösen Sozialleistungen wie den sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaaten Skandinaviens am besten ist, gefolgt von den konservativen Wohlfahrtsstaaten Mitteleuropas. Das Schlusslicht bilden die angelsächsischen Länder mit ihrem liberalen

Z Gerontol Geriat 2019 · 52:116–121 <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01518-2>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

A. Schmitz

Gesundheitliche Ungleichheiten im Alter. Theoretische Perspektiven und methodische Herausforderungen

Zusammenfassung

Der Beitrag gibt einen Überblick über aktuelle Entwicklungen in Bezug auf theoretische Perspektiven und methodische Herausforderungen in der Erforschung gesundheitlicher Ungleichheiten im Alter. Dabei zeigt sich, dass Forschungsarbeiten zur Erklärung des sozialen Gradienten rar und insbesondere Ansatzpunkte zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten noch nicht ausreichend erforscht sind. Bei der Interpretation der vorliegenden Studien ist

zu berücksichtigen, dass die Aussagekraft im Hinblick auf kausale Mechanismen und Veränderungen im Lebenslauf aufgrund selektiver Stichproben und der oftmals querschnittlichen Betrachtungsweise eingeschränkt ist.

Schlüsselwörter

Sozialstatus · Gesundheit im Alter · Lebenslauf · Selektion · Wohlfahrtsstaat

Health inequalities in old age. Theoretical perspectives and methodological challenges

Abstract

While it has been long known that health inequalities persist until higher ages, less is known about the underlying mechanisms and health trajectories over the life course. This article gives an overview on recent developments regarding theoretical concepts and methodological considerations in this field of research. It can be concluded that studies on the explanation of the social gradient in health are scarce and even less is known about societal contexts that enable healthy

aging irrespective of the socioeconomic position. The existing evidence on causal mechanisms and developments over the life course warrants cautious interpretation due to selective study samples and cross-sectional study designs.

Keywords

Socioeconomic status · Health in old age · Life course · Selection · Welfare states

Wohlfahrtsmodell, die familienbasierten Wohlfahrtsstaaten Südeuropas und die postkommunistischen Länder Osteuropas. Das *Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheiten* im Vergleich verschiedener sozialer Statusgruppen ist jedoch in den skandinavischen Ländern nicht unbedingt geringer als andernorts. Eine Erklärung dieses paradoxen Befundes steht jedoch noch aus [3].

Bambra et al. [3] verweisen in Anbetracht der in den letzten Dekaden erfolgten Veränderungen wohlfahrtsstaatlicher Arrangements auf die Notwendigkeit altersgruppendifferenzierender Analysen. Sie vermuten, dass gesundheitliche Ungleichheiten bei alten Menschen geringer ausfallen als bei jüngeren, da die Älteren (zumindest in einigen Ländern) Zeiten generöser wohlfahrtsstaatlicher Leistungen erlebt haben, während die jüngeren

Kohorten in Zeiten zunehmender Liberalisierung aufwachsen. Diese Hypothese hält einer empirischen Überprüfung jedoch nicht Stand, sodass die Autoren dafür plädieren, die Typologien von „welfare state regimes“ im Sinne von „public health regimes“ weiterzuentwickeln und dabei z. B. das Gesundheitsverhalten sowie die Qualität und Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen zu berücksichtigen. Auch weitere Studien diskutieren, inwiefern „gegenläufige“ Mechanismen wie z. B. eine Zunahme gesundheitsrisikanter Verhaltensweisen in der Bevölkerung den Effekt wohlfahrtsstaatlicher Bemühungen auszugleichen vermögen [8].

Wenn es um die Untersuchung des gesundheitsbezogenen Einflusses spezieller Politiken geht, ist Forschung in Bezug auf ältere Menschen rar. Eine Studie zur Ausgestaltung der Renten-

systeme zeigt aber, dass die Höhe der Rentenzahlung positiv mit der subjektiven Gesundheitseinschätzung korreliert ist und außerdem, dass aufgrund ihrer oft inkonstanten Erwerbstätigkeit für Frauen v.a. eine erwerbsunabhängige Grundversorgung relevant ist [7]. In Anbetracht dieses Ergebnisses soll auf eine weitere Möglichkeit zur Weiterentwicklung der Forschung zu gesundheitlichen Ungleichheiten im Alter hingewiesen werden: Bisherige Untersuchungen sind häufig „geschlechtsblind“, trotz der deutlichen Geschlechterunterschiede im Gesundheitszustand einerseits und der ungleichen Lebensbedingungen und Lebensstile von Frauen und Männern andererseits [27]. Daher bestehen in Bezug auf die Interaktion von Geschlecht, sozialer Ungleichheit und Gesundheit noch immer mehr Fragen als Antworten, z. B. warum ist der soziale Gradient bei bestimmten Erkrankungen bei Frauen schwächer ausgeprägt als bei Männern, während sich bei anderen Erkrankungen keine Geschlechterunterschiede zeigen? Haben die oben skizzierten Mechanismen und Wirkungspfade bei Frauen und Männern die gleiche Relevanz? Ländervergleichende Analysen sind hierbei ein vielversprechendes Forschungsfeld, variieren Geschlechterrollen und die damit assoziierten sozialen Determinanten von Gesundheit doch je nach gesellschaftlichem Kontext [5]. Neben den beschriebenen Methodenproblemen ergeben sich verschiedene Herausforderungen z. B. im Hinblick auf die Messäquivalenz von Gesundheitsindikatoren, die durch kulturelle Unterschiede im Antwortverhalten bedingt sind [16] und auf die an dieser Stelle lediglich verwiesen werden kann.

Fazit für die Praxis

- Bei der Interpretation von Studienergebnissen sind Einschränkungen der Aussagekraft aufgrund selektiver Stichproben (es wird eine „Positivselektion“ der Grundgesamtheit betrachtet) und der oftmals querschnittlichen Betrachtungsweise (keine Aussagekraft in Bezug auf altersassoziierte intraindividuelle Veränderungen) zu bedenken.

- Während eine Vielzahl an Studien zur Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheiten im Alter vorliegt, sind Studien zur Erklärung des sozialen Gradienten weit seltener und insbesondere Ansatzpunkte zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten noch nicht ausreichend erforscht.
- Ländervergleichende Analysen, in denen neben dem Sozialstatus weitere Merkmale sozialer Ungleichheit wie z. B. das Geschlecht berücksichtigt werden, versprechen, in diesem Zusammenhang ein zukunftsträchtiges Forschungsfeld zu sein.

Korrespondenzadresse



Alina Schmitz, M.A.
ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik
Weinsbergstr. 190,
50825 Köln, Deutschland
schmitz@isg-institut.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. Schmitz gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von der Autorin durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

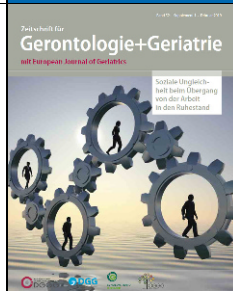
Literatur

- Andreß H-J, Hörstermann K (2012) Lebensstandard und Deprivation im Alter in Deutschland. Stand und Entwicklungsperspektiven. Z Sozialreform 58:209–234
- Asada Y, Hurler J, Grignon M, Kirkland S (2018) Health inequalities and inequities by age. Stability for the Health Utilities Index and divergence for the Frailty Index. SSM Popul Health 5:17–32
- Bambra C, Netuveli G, Eikemo TA (2010) Welfare state regime life courses: The development of western European welfare state regimes and age-related patterns of educational inequalities in self-reported health. Int J Health Serv 40:399–420
- Behrens J (2009) Meso-soziologische Ansätze und die Bedeutung gesundheitlicher Unterschiede für die allgemeine Soziologie sozialer Ungleichheit. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Springer VS, Wiesbaden, 555–76
- Borrell C, Palencia L, Muntaner C, Urquia M, Malmusi D, O'Campo P (2014) Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health. Epidemiol Rev 36:31–48
- Brandt M, Kaschowitz J, Lazarevic P (2016) Gesundheit im Alter. Ein Überblick über den

Stand der sozialwissenschaftlichen Forschung. In: Jungbauer-Gans M, Kriwy P (Hrsg) Handbuch Gesundheitssoziologie. Springer, Wiesbaden, S 1–18

- Esser I, Palme J (2010) Do public pensions matter for health and wellbeing among retired persons? Basic and income security pensions across 13 Western European countries. Int J Soc Welfare 19:S103–S120
- Farrants K (2017) Recommodification and the social determinants of health. Unemployment benefits, pensions and health inequalities in Sweden and England, 1991–2011. J Public Health 39:661–667
- Galea S, Tracy M (2007) Participation rates in epidemiologic studies. Ann Epidemiol 17:643–653
- Grundy E, Holt G (2001) The socioeconomic status of older adults: how should we measure it in studies of health inequalities? J Epidemiol Community Health 55:895–904
- Halfon N, Hochstein M (2000) Life course and health development: an integrated framework for developing health, policy, and research. Milbank Q 80:433–479
- Heiss F (2011) Dynamics of self-rated health and selective mortality. Empir Econ 40:119–140
- Herd P (2006) Do functional health inequalities decrease in old age? Educational status and functional decline among the 1931–1941 birth cohort. Res Aging 28:375–392
- Hoffmann R, Kröger H, Pakpahan E (2018) Pathways between socioeconomic status and health: does health selection or social causation dominate in Europe? Adv Life Course Res 36:23–36
- House JS, Lepkowski JM, Kinney AM et al (1994) The social stratification of aging and health. J Health Soc Behav 35:213–234
- Jürges H (2007) True health vs response styles: exploring cross-country differences in self-reported health. Health Econ 16:163–178
- Kelfve S (2017) Underestimated health inequalities among older people—A consequence of excluding the most disabled and disadvantaged. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx032>
- Kelfve S, Thorslund M, Lennartsson C (2013) Sampling and non-response bias on health-outcomes in surveys of the oldest old. Eur J Ageing 10:237–245
- Kröger H, Pakpahan E, Hoffmann R (2015) What causes health inequality? A systematic review on the relative importance of social causation and health selection. Eur J Public Health 25:951–960
- Lampert T (2009) Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg) Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch Institut, Berlin, S 121–133
- Lampert T, Hoebel J (2018) Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. Z Gerontol Geriatr 52:91. <https://doi.org/10.1007/s00391-018-01487-y>
- Leopold L (2018) Education and physical health trajectories in later life: a comparative study. Demography 55:901–927
- Leopold L, Engelhardt H (2013) Education and physical health trajectories in old age. Evidence from the survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE). Int J Public Health 58:23–31
- McMunn A, Nazroo J, Breeze E (2009) Inequalities in health at older ages: a longitudinal investigation of the onset of illness and survival effects in England. Age Ageing 38:11–18

25. Mielck A (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Huber, Bern
26. Moor I, Spallek J, Richter M (2017) Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *J Epidemiol Community Health* 71:565–575
27. Oksuzyan A, Gumà J, Doblhammer G (2018) Sex differences in health and survival. In: Doblhammer G, Gumà J (Hrsg) *A demographic perspective on gender, family and health in Europe*. Springer, Cham, 565–100
28. van Oort F, van Lenthe FJ, Mackenbach JP (2005) Material, psychosocial, and behavioural factors in the explanation of educational inequalities in mortality in the Netherlands. *J Epidemiol Community Health* 59:214–220
29. Pampel FC, Krueger PM, Denney JT (2010) Socioeconomic disparities in health behaviors. *Annu Rev Sociol* 36:1–23
30. Pförtner TK, Schmidt-Catran A (2017) Lebensstandard und Gesundheit. In: Giesselmann M, Golsch K, Lohmann H, Schmidt-Catran A (Hrsg) *Lebensbedingungen in Deutschland in der Längsschnittperspektive*. Springer, Wiesbaden, 517–32
31. Richter M, Hurrelmann K (2009) Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Springer VS, Wiesbaden, 513–33
32. Ross CE, Wu CL (1996) Education, age, and the cumulative disadvantage in health. *J Health Soc Behav* 37:104–120
33. Schmitz AL, Pförtner T-K (2018) Health inequalities in old age. The relative contribution of material, behavioral and psychosocial factors in a German sample. *J Public Health* 40: e235–e243. <https://doi.org/10.1093/pubmed/idx180>
34. Schöllgen I, Huxhold O, Tesch-Römer C (2010) Socioeconomic status and health in the second half of life: findings from the German Ageing Survey. *Eur J Ageing* 7:17–28
35. Schröder H, Steinwede J, Schäfers M, Kersting A, Harand J (2017) 1. Zwischenbericht. Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. infas, Bonn.
36. Skalická V, van Lenthe F, Bambara C, Krokstad S, Mackenbach JP (2009) Material, psychosocial, behavioural and biomedical factors in the explanation of relative socio-economic inequalities in mortality: Evidence from the HUNT study. *Int J Epidemiol* 38:1272–1284
37. Stolz E, Mayerl H, Waxenegger A, Freidl W (2017) Explaining the impact of poverty on old-age frailty in Europe: material, psychosocial and behavioural factors. *Eur J Public Health* 27:1003–1009
38. Stolz E, Mayerl H, Waxenegger A, Rásky É, Freidl W (2017) Impact of socioeconomic position on frailty trajectories in 10 European countries: evidence from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004–2013). *J Epidemiol Community Health* 71:73–80
39. Tesch-Römer C, Wurm S (2009) Wer sind die die Alten? Theoretische Positionen zu Gesundheit und Alter. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg) *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch Institut, Berlin, 57–20
40. d'Uva T, O'Donnell O, van Doorslaer E (2008) Differential health reporting by education level and its impact on the measurement of health inequalities among older Europeans. *Int J Epidemiol* 37:1375–1383



Soziale Ungleichheit beim Übergang von der Arbeit in den Ruhestand

Neues Online-Supplement der *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*
H. M. Hasselhorn, N. Dragano, D. Hofäcker, M. Wahrendorf (Hrsg.)

Die politische Diskussion zur Regulierung von Wegen und Zeitpunkten des Erwerbsaustritts wird in den kommenden Jahren weiter anhalten.

Interessanterweise werden Fragen der sozialen Ungleichheit beim Übergang von der Arbeit in den Ruhestand in der wissenschaftlichen Literatur nur selten explizit thematisiert.

Das NRW-Forschungsnetzwerk „Arbeitsmarktteilhabe im höheren Erwerbsalter“ kam daher überein, ein wissenschaftliches Schwerpunktheft zu initiieren.

Die in diesem Heft vorliegenden Beiträge bestätigen nicht nur die Breite und Vielfalt der Thematik, sondern verdeutlichen, dass die vielen beteiligten Disziplinen wie die Arbeitswissenschaft, Sozialepidemiologie, Gerontologie, Psychologie und Soziologie, jeweils originelle und sich ergänzende Sichtweisen – von der individuellen bis zur strukturell-politischen Ebene – beizusteuern haben. Unter Nutzung hochwertiger Daten betrachten sie unterschiedliche Aspekte horizontaler sozialer Ungleichheit (z. B. Geschlecht, Migrationsstatus, Wirtschaftssektor, Nation) und auch vertikaler sozialer Ungleichheit (beruflicher Status, Einkommen). Dabei verbindet sie ihr jeweiliger Fokus auf die Unterschiedlichkeit der Rahmenbedingungen, des Erlebens und des Verhaltens der betrachteten sozialen Gruppen bei ihrem Übergangsprozess von der Arbeit in den Ruhestand.

Der Wunsch der Herausgeber ist es, in Zeiten immer länger werdender Erwerbsbiografien dazu beizutragen, dass sich die Diskussion zu Ruhestandsübergängen in Öffentlichkeit und Politik nicht zu sehr auf die Frage des (möglichst späten) Zeitpunkts des Erwerbsausstiegs beschränkt. Stattdessen sollte ebenso die angemessene Lebens- und Arbeitsqualität aller älteren Menschen während dieser Übergangsphase diskutiert werden und damit auch Fragen der Chancengleichheit, Gerechtigkeit und auch Würde in einer entscheidenden Lebensphase. Die hier zusammengestellten Beiträge zeigen, dass die Wissenschaft hier ihren Beitrag leisten kann:

- Soziale Ungleichheit beim Übergang von der Arbeit in den Ruhestand
- Vertikale und horizontale soziale Ungleichheit und Motivation zum vorzeitigen Erwerbsausstieg
- Wie erfolgreich sind ältere Arbeitskräfte in der zeitlichen Umsetzung ihrer Ausstiegspläne?
- Transition to retirement in the healthcare sector
- Gender differences in paid employment after retirement
- Wandel von Ruhestandsübergängen im politischen Paradigmenwechsel Europas
- Social inequality in working life expectancy in Sweden
- Soziale Ungleichheiten der Erwerbsminderung bei älteren Arbeitnehmern
- Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation im Vorfeld der Erwerbsminderungsrente
- Consequences of interrupted employment careers on early retirement and resulting pensions entitlements
- Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter

Abonnenten der Zeitschrift haben kostenfreien Zugriff auf die Inhalte des Supplements und finden dieses im Online-Archiv der Zeitschrift (Jahrgang 2019) unter:
www.springermedizin.de/zeitschrift-fuer-gerontologie-und-geriatrie