

Andreas Mergenthaler; Yvonne Eich (BiB)

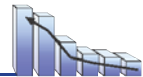
Verlorene Jahre? Potenziale des Alters vor dem Hintergrund gesundheitlicher Ungleichheit

In den letzten Jahren ist in der Altersforschung wie auch in der öffentlichen Diskussion ein Wandel des Altersbildes vom so genannten „Defizit-“ zum „Kompetenzmodell“ zu beobachten (Tews 1991: 131; Van Dyk/Lessenich 2009: 31ff.; Klös/Naegele 2013: 124; Backes/Clemens 2013: 363)¹. Vor dem Hintergrund einer historisch bislang einzigartigen Situation der heutigen „jungen Alten“ – die im Jahr 2013 60- bis 80-Jährigen sind wohlhabender, besser gebildet und gesünder als alle Generationen vor ihnen (Aner/Karl/Rosenmayr 2007: 14) – verweist dieser Diskurs auf die Potenziale des Alters. Hierunter wird vor allem die ökonomische und zivilgesellschaftliche Aktivität älterer Menschen subsumiert, d.h. die Fortführung von Erwerbsarbeit auch jenseits der Regelaltersgrenze, das bürgerschaftliche Engagement im Ruhestand oder die Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger. Zum aktuellen zeitlichen Umfang der Aktivitäten, die die 60- bis 85-Jährigen bereits innerhalb ihrer Familie erbringen, liefert die Generali Altersstudie interessante Ergebnisse. Die heute rund 15,2 Millionen 60- bis 85-Jährigen unterstützen ihre Familie durchschnittlich 15 Stunden im Monat. Dies entspricht der Arbeitszeit von rund 1,4 Millionen Vollzeitstellen (Generali Zukunftsfonds 2013: 527).

Die Potenziale des Alters umfassen aber keineswegs nur die aktuelle Aktivität, sondern, im Sinne von Entwicklungsmöglichkeiten (Kruse/Schmitt 2010: 14), gerade auch die Arbeiten, zu denen ältere Menschen im Stande wären, falls bestimmte individuelle oder gesellschaftliche Rahmenbedingungen bestünden. Durch eine solche Betrachtungsweise kommen vielfältige Ressourcen als Voraussetzungen für die Verwirklichung von Potenzialen ins Blickfeld. Als typische Altersressourcen werden sowohl die materielle Wohlfahrt, die verfügbare Zeit, soziale und psychische Kompetenzen als auch fachliche und methodische Kompetenzen verstanden (Pohlmann 2010: 78f.).

Dieser Diskurs eines Wandels des Altersbildes von einem passiven hin zu einem aktiven, ja produktiven Alter(n) (Caro/Bass/Chen 1993: 4ff.; Bass/Caro 2001: 39ff.; Tews 1996) vernachlässigte bislang die Gesundheit älterer Menschen und deren individuelle sowie, mehr noch, die sozialen Einflüsse auf die Chancen eines gesunden und langen Lebens. Die einschlägige Literatur berücksichtigt die Gesundheit mitunter ausschließlich als eine Barriere für ältere Menschen, welche die Entfaltung von Alterspotenzialen erschwert oder gar unmöglich macht (Pohlmann 2010: 80f.). Auch der fünfte Altenbericht der Bundesregierung, der sich schwerpunktmäßig mit den Potenzialen des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft beschäftigt und sich somit auf Erwerbsarbeit, Bildung, Einkommen, Konsum, private Netzwerke sowie das freiwillige Engagement älterer Menschen konzentriert, verweist eher am Rande auf eine Stärkung der Gesundheitsförderung und -prävention, um bislang noch ungenutzte Potenziale älterer Menschen zu erschließen (BMFSFJ 2005: 23f.). Der aktuelle politische Diskurs im Rahmen des Dialogprozesses zur Demografiestrategie der Bundesregierung greift die Potenzialdiskussion in etwas veränderter Form auf. Im ebenenübergreifenden Arbeitsgruppenprozess zu neun Themenschwerpunkten der Demografiestrategie wurden die Potenziale der Menschen in den verschiedenen Altersphasen unter der übergeordneten Zielsetzung „Menschen in ihren Lebensläufen stärken“ betrachtet (BMI 2013: 7f.). Als Schlüssel für die Stärkung der Potenziale und „für ein gelingendes längeres Leben“ nennt die Bundesregierung Investitionen in Bildung und Gesundheitsprävention. Darin zeigt sich in der Demografiepolitik der Bundesregierung eine erste Annäherung an eine langfristig ausgerichtete „Lebenslaufperspektive“ im Hinblick auf die Potenzialdiskussion. Umfassend und frühzeitig die Entwicklungschancen aller Altersgruppen zu fördern, um die Potenziale im Alter auszuweiten, wird auch im aktuellen wissenschaftlichen Diskurs gefordert und darauf hingewiesen, dass diese Perspektive oft vernachlässigt wird (Klös/Naegele 2013: 129). Klös und Naegele (2013: 137) stellen

¹ Diese Debatte ist eingebettet in den seit ungefähr 1990 betriebenen Umbau des deutschen Sozialstaats, der auf eine Ablösung des „Passivbürgers“, d. h. des unflexiblen Empfängers wohlfahrtstaatlicher Transferleistungen, durch den „Aktivbürger“, der gesellschaftlich engagiert und flexibel ist und seine Potenziale zu nutzen weiß, abzielt (Van Dyk/Lessenich 2009: 23f.). Bei Ehmer findet sich ein historischer Aufriss des Wandels von einem negativen hin zu einem positiven Altersbild des „aktiven Seniors“ in den westlichen Gesellschaften seit den 1970er Jahren (Ehmer 2009: 224f.).



Ressourcen- und Potenzialförderung in einer alternden Gesellschaft zudem in den Kontext einer demografiepolitischen Gemeinschaftsaufgabe.

Gesundheit als Ressource und Potenzial des Alter(n)s

Eine stärkere Ausrichtung des Potenzial-Diskurses auf den Bereich „Gesundheit“, für die dieser Beitrag plädiert, hat für diesen Diskurs eine zentrale wissenschaftliche und praktische Bedeutung: Versteht man Gesundheit im Sinne der prominenten WHO-Definition nicht nur als „... umfassendes körperliches, seelisches und geistiges Wohlbefinden ...“ (WHO 1986: 1), sondern, durchaus in Übereinstimmung mit dieser Begriffsbestimmung, als grundlegende Ressource zur Erreichung von Lebenszielen, so wird Gesundheit zur Voraussetzung für die Verwirklichung von Potenzialen im Alter(n). Gesundheit im Sinne von verbleibender Lebenszeit in einem Zustand körperlichen und geistigen Wohlbefindens schafft somit die Grundlage, ohne die Aktivität in Wirtschaft und Gesellschaft nicht dauerhaft entstehen oder aufrechterhalten werden kann. Dies gilt vor allem für einen gesundheitlich vulnerablen Lebensabschnitt wie das höhere Lebensalter. Auch wenn das heutige Alter keinesfalls mit Krankheit oder Gebrechlichkeit gleichgesetzt werden kann, so existieren doch nach wie vor eine Reihe von alterstypischen Erkrankungen, die die Lebensqualität und die Selbstständigkeit der Lebensführung massiv beeinträchtigen oder gar unmöglich machen können. Die Entwicklung der gesunden Lebenszeit spielt daher als grundlegende Ressource und als ein in Zukunft weiter zu entwickelndes Potenzial in einer Gesellschaft des langen Lebens eine maßgebliche Rolle (Walter/Reuter 2013: 223).

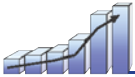
Deutschland liegt im europäischen Vergleich der Ressource „gesunde Lebenszeit“ im Mittelfeld. Betrachtet man die zu erwartenden gesunden Lebensjahre („Healthy Life Years“) ab dem 50. Lebensjahr, wird deutlich, dass dort noch viel Entwicklungspotenzial vorhanden ist. Deutschland liegt hier mit 14,5 Jahren für die Männer und 15,4 Jahren für die Frauen unter dem europäischen Durchschnitt von 17 Jahren gesunder Lebenszeit (Jagger et al. 2011). Etwa ab dem 65. Lebensjahr ist in Deutschland also durchschnittlich schon mit einer eingeschränkten Gesundheit für Männer und Frauen zu rechnen, was der Ausschöpfung der Potenziale des Alters entgegenstehen kann.

Soziale Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit

Die Ressource „Gesundheit“, die in der Tradition der neoklassischen Ökonomie bisweilen auch als „Health Capital“ bezeichnet wird und somit einen Teil des Humankapitals eines Menschen bildet (Jungbauer-Gans 2006: 101ff.), hat, ebenso wie ihr Komplementärbegriff „Krankheit“, mehrere Dimensionen. In wissenschaftlicher Perspektive lassen sich mindestens eine naturwissenschaftlich-medizinische, eine psychologische sowie eine soziologische Perspektive unterscheiden (Erhart/Wille/Ravens-Sieberer 2009: 335). Diese unterschiedlichen disziplinären Zugänge verdeutlichen, dass „Gesundheit“ und „Krankheit“ keinesfalls nur medizinische Forschungsgegenstände sind, sondern auch Arbeitsfelder der sozialwissenschaftlichen Forschung darstellen. Aus soziologischer Perspektive geht es, neben der Frage, mit welchen institutionellen Regelungen eine Gesellschaft auf „Krankheit“ reagiert und Gesundheit wiederherstellt, vor allem um die gesellschaftlichen Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit (Wolf/Wendt 2006: 10).

Diese Forschung, die sich im Schnittpunkt der Sozialmedizin, Sozialepidemiologie und Gesundheitssoziologie befindet, beschäftigt sich vor allem mit den Zusammenhängen zwischen der Stellung im Gefüge sozialer Ungleichheit und der Gesundheit sowie dem Sterblichkeitsrisiko, die nach jahrzehntelanger Forschung als weitgehend gesichert gelten können. Eine aktuelle Studie des Max-Planck-Instituts für Demografie in Rostock unterstreicht die Bedeutung gesellschaftlicher Einflüsse auf Morbidität und Mortalität: So sind die Zugewinne der ferneren Lebenserwartung in den letzten Jahren nur zu 10 Prozent auf gesundheitsrelevante Einflüsse während früherer Lebensabschnitte, zu 25 Prozent auf genetische Faktoren, aber zu rund 65 Prozent auf soziale Einflüsse (u.a. Bildung, Lebensstil, materielle Lage) zurückzuführen (Max-Planck-Institut für Demografische Forschung 2009 zit. n. Naegele 2013: 249). Nach wie vor bestehen in modernen Gesellschaften, trotz gut ausgebauter und allgemein zugänglicher Krankenversicherungssysteme und medizinischer Versorgungseinrichtungen, deutliche Unterschiede der Gesundheit und der Lebenserwartung nach sozialer Lage, die sich in den letzten Jahren in den meisten europäischen Gesellschaften teilweise sogar ausgeweitet haben (Mackenbach 2006 zit. n. Richter/Hurrelmann 2009: 19).

Die Forschungen zu diesem Phänomen der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten konzentrieren sich auf die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter. Ältere Menschen sind in der wissenschaftlichen Diskussion um den Zusam-



menhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit bislang unterrepräsentiert, was angesichts der zu erwartenden Belastungen im Gesundheits- und Pflegesektor im Zuge des demografischen Wandels verwundert. Fasst man die Ergebnisse der vorhandenen Studien für Deutschland zusammen, so sind die Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken auch in der Altersgruppe der 60-jährigen und Älteren keinesfalls nur durch biologische oder verhaltensbezogene Einflüsse zu erklären, sondern stehen in enger Verbindung mit der im Lebenslauf erworbenen Stellung im Beruf, dem Bildungs- und dem Einkommensniveau. Allgemein kommen diese Studien zum Ergebnis: Je höher der soziale Status, desto besser die subjektive, funktionale oder mentale Gesundheit im höheren Lebensalter (Lampert 2000; Von dem Knesebeck et al. 2003; Von dem Knesebeck 2005; Von dem Knesebeck et al. 2007; Borchert 2008: 262ff.; Lampert 2009; Mergenthaler 2012: 193ff.). Zwar scheint dieser soziale Gradient der Gesundheit mit steigendem Alter geringer zu werden; er verschwindet aber, wenn überhaupt, erst in der Hochaltrigkeit (Kümpers/Rosenbrock 2010: 288).

Die ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen in Form eines sozialen Gradienten stellt für die Debatte um die Potenziale des Alters eine grundlegende Herausforderung dar. In einer Gesellschaft des langen Lebens und einer alternden Bevölkerung wird man sich in Zukunft immer weniger leisten können, eine grundlegende Ressource zu vergeuden: gesunde Lebenszeit. Genau dies ist jedoch die Folge sozial ungleich verteilter Gesundheitschancen und Sterblichkeitsrisiken. Wenn man die Potenziale zu Aktivität älterer Menschen in Wirtschaft und Gesellschaft umfassend nutzen möchte, ist es zunächst geboten, die Chancengleichheit auf ein gesundes und langes Leben zu verbessern. Der vorliegende Beitrag möchte auf der Grundlage empirischer Daten eine Schätzung der Lebensjahre im „Dritten Alter“² liefern, die in Folge der bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten im höheren Alter derzeit brachliegen und somit ein Potenzial des Alters darstellen.

Daten und Methode

Datengrundlage der folgenden Auswertungen sind die vom Forschungsdatenzentrum des Deutschen Zentrums für Altersfragen (FDZ-DZA) herausgegebenen Daten des Deut-

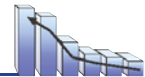
schen Alterssurveys (DEAS). Beim DEAS handelt es sich um eine bundesweite repräsentative Befragung von Personen aus Privathaushalten, die sich in der zweiten Lebenshälfte befinden, d. h. den 40-Jährigen und Älteren. Der DEAS umfasst unterschiedliche Themenbereiche wie Erwerbstätigkeit, materielle Wohlfahrt, soziale Netzwerke, Übergang in den Ruhestand, (zivil-)gesellschaftliche Teilhabe sowie Gesundheit und Krankheit (Tesch-Römer et al. 2010: 35). Die erste Welle des DEAS wurde im Jahr 1996 erhoben, die zweite Welle im Jahr 2002. Den folgenden Auswertungen liegen die Daten der dritten Welle zu Grunde, die im Jahr 2008 erhoben wurde.³ Es handelt sich dabei um die Basisstichprobe der dritten Welle, die insgesamt 6.205 Personen zwischen 40 und 85 Jahren umfasst (Motel-Klingebiel et al. 2009: 2ff.).

Aus dieser Stichprobe wurden Personen zwischen 60 und 80 Jahren ausgewählt. Die Untergrenze ergibt sich aus der gesetzlichen Rentenversicherung, wonach, mit Ausnahme von Beamten, kein abhängig Beschäftigter eine Altersrente oder Pension aus eigener Erwerbstätigkeit vor seinem 60. Lebensjahr beziehen kann. Das 80. Lebensjahr als Obergrenze wurde sowohl aus inhaltlichen als auch aus methodischen Erwägungen gewählt: Zum einen markiert der Beginn des neunten Lebensjahrzehnts für die meisten Menschen den Beginn der Hochaltrigkeit und somit des so genannten „Vierten Alters“; zum anderen gehen die Fallzahlen jenseits dieser Altersgrenze im DEAS deutlich zurück, was die Sicherheit statistischer Schätzverfahren einschränkt. Die Stichprobe, die der Untersuchung zu Grunde liegt, umfasst 3.079 Personen.

Zur Messung der abhängigen Variablen „gesunde Lebenszeit“ wurde ein Indikator verwendet, der die fernere Lebenserwartung mit dem gesundheitlichen Zustand der Befragten kombiniert. Ein solcher Indikator ist für die Beschreibung der gesundheitlichen Qualität der gewonnenen Lebensjahre besonders aufschlussreich: Die Morbidität steht gerade im höheren Alter in enger Verbindung mit dem Sterblichkeitsrisiko, so dass es in diesem Lebensabschnitt wenig Sinn macht, diese beiden Größen getrennt voneinander zu betrachten. Die Daten zur ferneren Lebenserwartung der 60- bis 80-Jährigen wurden auf der Grundlage der Periodensterbetafeln des Statistischen Bundesamtes (geschlechtsspezifische Angaben der Jahre 2008/2010) bestimmt (StBA 2012). Als Indikator

² Unter dem „Dritten Alter“ verstehen Alter(n)sforscher einen Lebensabschnitt, bei dem Personen altersbedingt das Erwerbsleben verlassen haben, sich aber zugleich einer Gesundheit erfreuen, die eine selbständige Lebensführung ermöglicht (Weiss/Bass 2002: 3). Das „Vierte Alter“ bezeichnet demgegenüber einen späteren Lebensabschnitt des Alters, in dem die selbständige Lebensführung gesundheitsbedingt eingeschränkt ist und dauerhaft Hilfeleistungen zur Bewältigung des Alltags erforderlich werden (Backes/Clemens 2013: 23).

³ Die Daten der vierten Welle (2011) des DEAS lagen zum Zeitpunkt der Auswertung der Daten noch nicht vor.



der funktionalen Gesundheit im DEAS diene die altersbezogene Prävalenz der gesundheitlichen Einschränkungen, die eine Hilfsbedürftigkeit zur Folge hatten. Diese beiden Basisdimensionen wurden kombiniert mit Informationen zum Bezug einer Altersrente und der aktuellen Erwerbstätigkeit im Ruhestand. Auf diese Weise konnte die Lebenserwartung im Dritten Alter („Third Age Life Expectancy“ – TALE) geschätzt werden, die definiert ist als die durchschnittliche Anzahl von Jahren, die ein Mensch im Ruhestand ohne gesundheitliche Einschränkung verbringen kann (Carr 2009: 74). Hierbei wurde ein Vorgehen gewählt, das auf der Methode von Sullivan beruht (Sullivan 1971) und das für die Daten der dritten Welle des DEAS bereits an anderer Stelle beschrieben wurde (Mergenthaler 2013).

Da die Lebenslage älterer Menschen auch in der nachberuflichen Phase des Altersruhestandes durch Ressourcen aus privaten und staatlichen Quellen geprägt ist, wurden zur Messung des sozioökonomischen Status (SES) mehrere Indikatoren herangezogen. Das formale Bildungsniveau wurde anhand einer dreistufigen Skala auf der Grundlage der ISCED97-Klassifikation („International Standard Classification of Education“) gemessen. Diese Skala unterscheidet zwischen einem geringen, einem mittleren und einem hohen Bildungsniveau. Die unterste Kategorie umfasst Abschlüsse des primären und des unteren sekundären Bildungssektors, die mittlere Kategorie Abschlüsse des oberen Sekundärsektors, wie z.B. eine abgeschlossene berufliche Ausbildung, und die obere Kategorie Examina des tertiären Bildungsbereichs, also Hochschul- oder Universitätsabschlüsse. Zur Messung der materiellen Wohlfahrt der Befragten wurde das monatliche Netto-Äquivalenzeinkommen verwendet. Die Grundlage

für die Bestimmung dieses Indikators bildet das Haushaltseinkommen, das mit der Struktur des jeweiligen Haushalts verrechnet wird. Dabei wird nach der neueren Skala der OECD dem Haushaltsvorstand ein Gewicht von 1, jeder weiteren erwachsenen Person ein Gewicht von 0,5 und den Kindern unter 14 Jahren im Haushalt jeweils ein Gewicht von 0,3 zugewiesen. Um das monatliche Netto-Äquivalenzeinkommen zu bestimmen, wird das Haushaltseinkommen durch die Summe dieser Gewichte dividiert. Als dritte Dimension ging das Prestige der aktuellen oder letzten beruflichen Tätigkeit der Befragten in die Berechnung des sozioökonomischen Status ein. Hierfür wurden die Prestigewerte der SIOPS-Skala („Standard International Occupational Prestige Scale“ nach Treiman) verwendet. Um eine Vergleichbarkeit zwischen den Werten dieser drei Variablen herzustellen, wurden diese z-transformiert. Diese Z-Werte wurden zu einem Index aufsummiert, wobei die fehlenden Angaben, im Gegensatz zu anderen Verfahren zur Berechnung des sozioökonomischen Status, nicht imputiert wurden (Lampert/Kroll 2009: 325f.). Zur Berechnung der Mittelwertunterschiede der Lebenserwartung im Dritten Alter wurde die kontinuierliche Skala des SES in Quartile unterteilt, wobei das erste Quartil die Lebenslagen mit dem niedrigsten sozioökonomischen Status umfasst und das vierte Quartil den vergleichsweise höchsten sozialen Status abbildet.

Zur Schätzung des sozialen Gradienten ungleicher Lebenserwartung im Dritten Alter und dessen Auswirkung auf die zur Verfügung stehenden Personen-Jahre in der Altersgruppe der 60- bis 80-Jährigen in der deutschen Bevölkerung wurde ein zweistufiges Vorgehen gewählt. Im ersten Schritt wurde anhand der Daten des DEAS der Einfluss des

Tabelle 1: Unterschiede der Lebenserwartung im Dritten Lebensalter (Third Age Life Expectancy - TALE) nach dem sozioökonomischen Status der 60- bis 80-Jährigen

Sozioökonomischer Status (SES)	Lebenserwartung im Dritten Alter (TALE) in Jahren					
	Männer		Frauen		Gesamt	
	Mittelwert	Differenz	Mittelwert	Differenz	Mittelwert	Differenz
1. Quartil (niedrig)	9,8 (Ref.)	1,0	8,8 (Ref.)	2,2	9,1 (Ref.)	1,8
2. Quartil	10,5*	0,3	9,8***	1,1	10,2***	0,7
3. Quartil	10,5*	0,3	10,7***	0,2	10,6***	0,2
4. Quartil (hoch)	10,8**	–	10,9***	–	10,9***	–

*: $p < 5\%$, **: $p < 1\%$, ***: $p < 0,1\%$; Mittelwertvergleiche anhand von T-Tests

Quelle: Deutscher Alterssurvey (DEAS), Basisstichprobe 2008 (Männer: $n=1.178$; Frauen: $n=1.355$); gewichtete Angaben: eigene Darstellung und Berechnung

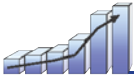
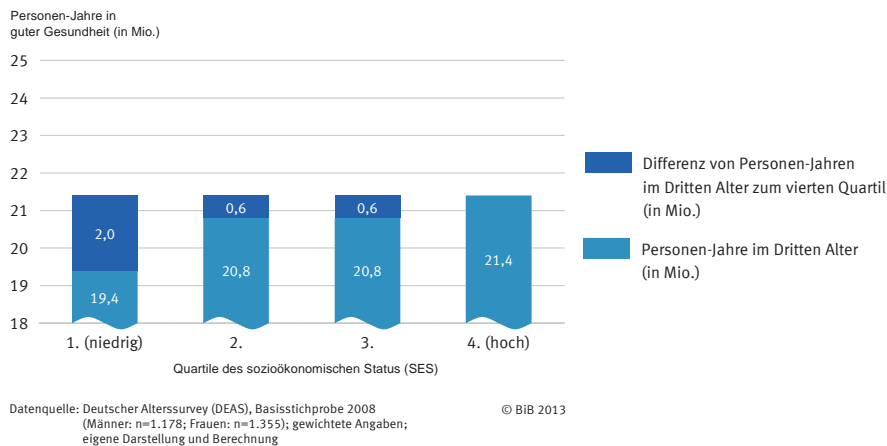


Abb. 1: Personen-Jahre im Dritten Alter in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status bei den 60- bis 80-jährigen Männern im Jahr 2008

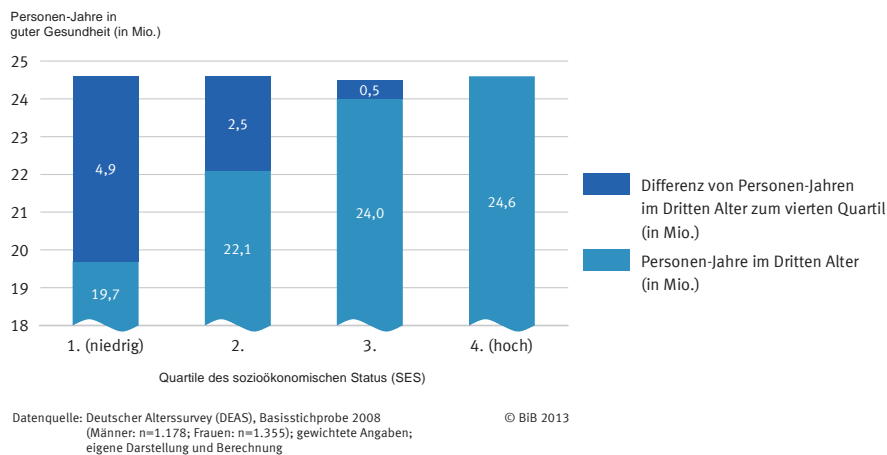


sozioökonomischen Status auf die Lebenserwartung im Dritten Alter auf der Grundlage bivariater Mittelwertvergleiche geschätzt. In einem zweiten Schritt wurden die Mittelwerte der Statusgruppen mit den Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerung nach Altersjahren (Stand: 31.12.2008) der zu Grunde liegenden Altersgruppe multipliziert. Auf diese Weise berechneten sich die Personen-Jahre im Dritten Alter. Beide Analyseschritte wurden getrennt nach Geschlecht durchgeführt.

Ergebnisse

Unterschiede in der mittleren Lebenserwartung im Dritten Alter zeigen sich bei den 60- bis 80-Jährigen sowohl bei Männern als auch bei Frauen (Tabelle 1). Jedoch sind diese Unterschiede bei den Frauen deutlicher ausgeprägt: Während sich bei den Männern lediglich rund ein Jahr Dif-

Abb. 2: Personen-Jahre im Dritten Alter in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status bei den 60- bis 80-jährigen Frauen im Jahr 2008



ferenz zwischen dem untersten und dem obersten Quartil des sozioökonomischen Status zeigt, beträgt die gleiche Differenz bei den Frauen über zwei Jahre. Bei beiden Geschlechtern zeigt sich, dass die Unterschiede zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Quartil besonders deutlich ausgeprägt sind; in den beiden Mittelkategorien sind sie im Vergleich zum höchsten Quartil deutlich geringer.

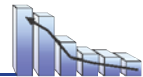
Welche Bedeutung haben diese Schätzwerte nun für die Anzahl der Personen-Jahre der deutschen Be-

völkerung im Alter zwischen 60 und 80 Jahren? Im Jahr 2008 lebten in Deutschland etwa 8 Millionen Männer und rund 9 Millionen Frauen in dieser Altersgruppe, insgesamt also rund 17 Millionen Personen. Verrechnet man die Schätzwerte der Stichprobe des DEAS mit diesen Daten, kommt man hinsichtlich der 60- bis 80-jährigen Männer zum Ergebnis, dass die Angehörigen der höchsten Statusgruppe mit mehr als 21 Millionen Personen-Jahren im Dritten Alter rechnen konnten (Abbildung 1). Für die beiden mittleren Statusgruppen fallen die Differenzen im Vergleich zu höchsten Gruppe mit etwas weniger als 21 Millionen Personen-Jahren im Dritten Alter noch recht gering aus. Die unterste Statusgruppe fällt mit etwas mehr als 19 Millionen Personen-Jahren deutlicher ab.

Nimmt man die Personen-Jahre der höchsten Statusgruppe als Referenzpunkt, so ist der soziale Gradient der Lebenserwartung im Dritten Alter unter den älteren Männern ins-

gesamt für eine Differenz von etwas mehr als 3 Millionen Personen-Jahren verantwortlich. Die größte Differenz von 2 Millionen Personen-Jahren entfällt auf das unterste Quartil, was rund 63 Prozent der Gesamtdifferenz entspricht.

Im Vergleich zu den Männern haben die 60- bis 80-jährigen Frauen insgesamt mit einer höheren Zahl an Personen-Jahren im Dritten Alter zu rechnen. Dieses Mehr an Lebenszeit im Dritten Alter entfällt jedoch vor allem auf die beiden oberen Quartile: So kann die höchste Statusgrup-



pe mit rund 25 Millionen und die nächst niedrigere immerhin noch mit 24 Millionen Personen-Jahren rechnen (Abbildung 2). Im untersten Quartil des sozioökonomischen Status unterscheidet sich die Anzahl der Personen-Jahre zwischen Männern und Frauen mit etwas mehr als 19 Millionen bzw. knapp 20 Millionen nur geringfügig.

Die Differenzen der Personen-Jahre im Vergleich zum höchsten Quartil fallen bei den Frauen ungleich höher aus als bei den Männern. Bei den Frauen kann dem sozialen Gradienten insgesamt eine Differenz von knapp 8 Millionen Personen-Jahren im Dritten Alter zugewiesen werden. Wie auch bei den Männern, entfällt ein Großteil dieser Differenz auf die unterste Statusgruppe. Deren Abstand zum höchsten Quartil beträgt knapp 5 Millionen Personen-Jahre, was einem Anteil an der gesamten Differenz von 62 Prozent entspricht.

Fazit

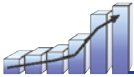
Der Beitrag untersucht die Auswirkungen gesundheitlicher Ungleichheit in der Altersgruppe der 60- bis 80-Jährigen und verknüpft die Befunde mit dem Diskurs um die Potenziale des Alters. Dabei geht es um die Lebenszeit im sogenannten „Dritten Alter“, als einem von guter Gesundheit geprägten Lebensabschnitt im Ruhestand. In Folge des sozialen Gradienten ungleicher Gesundheitschancen steht umso weniger Lebenszeit im Dritten Alter zur Verfügung, je niedriger der soziale Status älterer Menschen ausfällt. Dabei folgt dieser Zusammenhang einem typischen kurvilinearen Verlauf, d.h. der Zuwachs an gesunder Lebenszeit im Ruhestand flacht mit zunehmendem Sozialstatus ab (Hurrelmann 2006: 34f.).

Die Befunde auf der Grundlage von Daten des DEAS (2008) und der Periodensterbetafeln des Statistischen Bundesamtes (2008/2010) zeigen, dass durch sozioökonomische Unterschiede insgesamt rund 11 Millionen Personen-Jahre im Dritten Alter zusätzlich zur Verfügung ständen, falls alle Statusgruppen eine Lebenserwartung im Dritten Alter hätten, die der höchsten Statusgruppe entspräche. Dabei sind die Ungleichheiten bei den Frauen weitaus deutlicher ausgeprägt als bei den Männern. Im Einklang mit dem kurvilinearen Verlauf des sozialen Gradienten ungleicher Gesundheitschancen finden sich die größten Potenziale an Lebenszeit im Dritten Alter bei beiden Geschlechtern in der niedrigsten Statusgruppe. Gelänge es, die Gesundheitschancen dieser Gruppen zu verbessern, wären die Auswirkungen des sozialen Gradienten auf die Verteilung von Lebenszeit im Dritten Alter weitaus weniger gravierend.

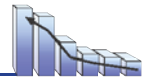
Das Erkennen und die Nutzung von Potenzialen des Alters sind für die Politik eine zentrale Gestaltungsaufgabe, um in Zeiten des demografischen Wandels die Wettbewerbsfähigkeit, die Innovationskraft und die Solidarität innerhalb der deutschen Gesellschaft zu erhalten (Klös/Naegele 2013: 137). Soziale Einflüsse auf die Gesundheit stellen dabei einen wichtigen Ansatzpunkt für Verhaltensprävention aber vor allem auch für verhältnispräventive Maßnahmen dar, die auf eine Veränderung der Umwelt und der Lebensbedingungen der Menschen abzielen (Leppin 2007: 36). Sozioökonomische Unterschiede der Lebenszeit im Dritten Alter sind eine Folge des über den Lebenslauf hinweg ausgeprägten Human-, Sozial- und ökonomischen Kapitals. Die Möglichkeiten zum Erwerb dieser Kapitalien sind eng mit den Zugangschancen zu Bildung, zum Arbeitsmarkt und zu Leistungen des Wohlfahrtsstaats verbunden. Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit älterer Menschen und somit zur Erschließung von Gesundheitspotenzialen sollten daher nicht erst beim Übergang in den Ruhestand beginnen, sondern möglichst frühzeitig im Lebenslauf ansetzen (Aner/Hammerschmidt 2008: 271; Klös/Naegele 2013: 137f.). In einer Gesellschaft des langen Lebens, die auf die Potenziale aller Generationen und aller Altersgruppen angewiesen ist, stellt das Handlungsziel „gleiche Gesundheitschancen“ nicht nur eine sozialpolitische Herausforderung dar, sondern es bildet auch die Voraussetzung für eine Verlängerung von Erwerbsarbeit, zivilgesellschaftlichem Engagement und familialen Hilfsleistungen älterer Menschen.

Literatur

- Aner, Kirsten; Karl, Fred; Rosenmayr, Leopold 2007: Die neuen Alten – Retter des Sozialen?. In: Aner, Kirsten; Karl, Fred; Rosenmayr, Leopold (Hg.): Die neuen Alten – Retter des Sozialen?, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 14-35
- Aner, Kirsten; Hammerschmidt, Peter 2008: Zivilgesellschaftlich produktiv altern: Eine kritische Analyse ausgewählter Modellprogramme. In: Erlinghagen, Marcel; Hank, Karsten (Hg.): Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften, Reihe „Alter(n) und Gesellschaft“, Band 16, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 259-276
- Backes, Gertrud M; Clemens, Wolfgang 2013: Lebensphase Alter: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung, 4. Aufl., Weinheim, Basel: Beltz Juventa



- Bass, Scott A.; Caro, Francis G. 2001: Productive aging: A conceptual framework, in: Morrow-Howell, Nancy; Hinterlong, James; Sherraden, Michael (Hg.): Productive aging: Concepts and challenges, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, S. 37-78
- Borchert, Lars 2008: Soziale Ungleichheit und Gesundheitsrisiken älterer Menschen. Eine empirische Längsschnittanalyse unter Berücksichtigung von Morbidität, Pflegebedürftigkeit und Mortalität, Augsburg: Maro
- BMI (Bundesministerium des Innern) 2013: Jedes Alter zählt. Zweiter Demografiegipfel der Bundesregierung am 14. Mai 2013, online unter: http://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Arbeitsgruppe/DE/GipfelBroschuere_Ergebnisbericht_Arbeitsgruppen.html
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) 2005: Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft – Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen, online unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/fuenfter-altenbericht,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf>
- Caro, Francis G.; Bass, Scott A.; Chen, Yung-Ping 1993: Introduction: Achieving a productive aging society, in: Bass, Scott A.; Caro, Francis G.; Chen, Yung-Ping (Hg.): Achieving a productive aging society, London: Auburn House, S. 3-25
- Carr, Dawn C. 2009: Demography, Ideology, and Stratification: Exploring the emergence and consequences of the third age. Online unter: <http://www.academia.edu>
- Ehmer, Josef 2009: Altersbilder im Spannungsfeld von Arbeit und Ruhestand. Historische und aktuelle Perspektiven, in: Ehmer, Josef; Höffe, Otfried (Hg.): Bilder des Alterns im Wandel, Nova Acta Leopoldina: Altern in Deutschland, Band 1, Nr. 363, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, S. 209-234
- Erhart, Michael; Wille, Nora; Ravens-Sieberer 2009: Die Messung der subjektiven Gesundheit: Stand der Forschung und Herausforderungen, in: Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 2. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 335-352
- Generali Zukunftsfonds (Hg.) 2013: Generali Altersstudie 2013, Schriftenreihe der Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung
- Hurrelmann, Klaus 2006: Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, 6. Aufl., Weinheim, München: Juventa
- Jagger, Carol et al. 2011: Inequalities in health expectancies at older ages in The European Union: findings from the Survey of Health and Retirement in Europe (SHARE), Journal of Epidemiology and Community Health, 65, S. 1030-1035
- Jungbauer-Gans, Monika 2006: Soziale und kulturelle Einflüsse auf Krankheit und Gesundheit. Theoretische Überlegungen, in: Wendt, Claus; Wolf, Christoph (Hg.): Soziologie der Gesundheit, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (KZfSS), Sonderheft 46, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 86-108
- Klöß, Hans-Peter; Naegele, Gerhard 2013: Alter als „Ressource“ – Befunde und verteilungspolitische Implikationen, in: Hüther, Michael; Naegele, Gerhard (Hg.): Demografiepolitik: Herausforderungen und Handlungsfelder, Wiesbaden: Springer VS, S. 123-141
- Kruse, Andreas; Schmitt, Eric 2010: Potenziale des Alters im Kontext individueller und gesellschaftlicher Entwicklung, in: Kruse, Andreas (Hg.): Potenziale im Altern: Chancen und Aufgaben für Individuum und Gesellschaft, Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft, S. 3-30
- Kümpers, Susanne; Rosenbrock, Rolf 2010: Gesundheitspolitik für ältere und alte Menschen, in: Naegele, Gerhard (Hg.): Soziale Lebenslaufpolitik, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 281-309
- Lampert, Thomas 2000: Sozioökonomische Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter – Alters- und geschlechtsspezifische Differenzen, in: Backes, Gertrud, M.; Clemens, Wolfgang (Hg.): Lebenslagen im Alter: Gesellschaftliche Bedingungen und Grenzen, Opladen: Leske + Budrich, S. 159-185
- Lampert, Thomas 2009: Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter, in: Böhm, Karin; Tesch-Römer, Clemens; Ziese, Thomas (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin: Robert-Koch-Institut, S. 121-133
- Lampert, Thomas; Kroll, Lars E. 2009: Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien, in: Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (Hg.): Gesund-



- heitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 2. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 309-334
- Leppin, Anja 2007: Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 2. Aufl., Bern: Huber, S. 31-40
- Mergenthaler, Andreas 2012: Gesundheitliche Resilienz. Konzept und Empirie zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit im Alter, Gesundheit und Gesellschaft, Wiesbaden: Springer VS
- Mergenthaler, Andreas 2013: Auf den Spuren des „Dritten Alters“: Befunde zur Dauer eines Lebensabschnitts auf der Grundlage der „Third Age Life Expectancy“ (TALE). In: Bevölkerungsforschung Aktuell, Jg. 34, H. 5, S. 2-10
- Motel-Klingebiel et al. 2009: Deutscher Alterssurvey: Die zweite Lebenshälfte. Erhebungsdesign und Instrumente der dritten Befragungswelle, Berlin
- Naegele, Gerhard 2013: Gesundheitliche Versorgung in einer alternden Gesellschaft. In: Hüther, Michael; Naegele, Gerhard (Hg.): Demografiemolitik: Herausforderungen und Handlungsfelder, Wiesbaden: Springer VS, S. 245-258
- Pohlmann, Stefan 2010: Alterspotenziale: Wirklichkeit, Wahrnehmung und Wahrscheinlichkeit. In: Kruse, Andreas (Hg.): Potenziale im Altern. Chancen und Aufgaben für Individuum und Gesellschaft, Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft, S. 75-97
- Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus 2009: Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In: Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 2. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 13-33
- STBA (Statistisches Bundesamt) (Hg.) 2012: Periodensterbetafeln für Deutschland – Früheres Bundesgebiet, neue Länder sowie die Bundesländer – 2009/2011, online unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsbewegung/PeriodensterbetafelnBundeslaender5126204117004.pdf?__blob=publicationFile
- Sullivan, Daniel F. 1971: A single index of mortality and morbidity. In: HSMHA Health Reports, Jg. 86, H. 4, S. 347-354
- Tesch-Römer, Clemens et al. 2010: Der Alterssurvey: Beobachtung gesellschaftlichen Wandels und Analyse individueller Veränderungen. In: Tesch-Römer, Clemens; Engstler, Heribert; Wurm, Susanne (Hg.): Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 11-46
- Tews, Hans Peter 1991: Altersbilder: Über Wandel und Beeinflussung von Vorstellungen vom und Einstellungen zum Alter, KDA Forum Band 16, Köln
- Tews, Hans Peter 1996: Produktivität des Alters. In: Baltes, Margret; Montada, Leo (Hg.): Produktives Leben im Alter, AIDA-Stiftung zur Erforschung neuer Wege für Arbeit und soziales Leben, Band 3, Frankfurt am Main, New York: Campus, S. 184-210
- Van Dyk, Silke; Lessenich, Stephan 2009: „Junge Alte“: Vom Aufstieg und Wandel einer Sozialfigur. In: Van Dyk, Silke; Lessenich, Stephan (Hg.): Die jungen Alten: Analysen einer neuen Sozialfigur, Frankfurt am Main, New York: Campus, S. 11-48
- Von dem Knesebeck, Olaf 2005: Soziale Einflüsse auf die Gesundheit alter Menschen. Eine deutsch-amerikanische Vergleichsstudie, Bern u.a.: Huber
- Von dem Knesebeck, Olaf et al. 2003: Socioeconomic status and health among the aged in the United States and Germany: A comparative cross-sectional study. In: Social Science and Medicine, Jg. 57, H. 9, S. 1643-1652
- Von dem Knesebeck, Olaf et al. 2007: Socio-economic position and quality of life among older people in 10 European countries: results of the SHARE study. In: Ageing & Society, Jg. 27, S. 269-284
- Walter, Ulla; Reuter, Daniel 2013: Prävention und Gesundheitsförderung als politische Strategien für Beschäftigungsfähigkeit und Teilhabe im Alter. In: Hüther, Michael; Naegele, Gerhard (Hg.): Demografiemolitik. Herausforderungen und Handlungsfelder, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 223-244
- Weiss, Robert S.; Bass, Scott A. 2002: Introduction. In: Weiss, Robert S.; Bass, Scott A. (Hg.): Challenges of the third age. Meaning and purpose in later life, Oxford: Oxford University Press, S. 3-12
- WHO (World Health Organization) 1986: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, online unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- Wolf, Christof; Wendt, Claus 2006: Perspektiven der Gesundheitssoziologie. In: Wendt, Claus; Wolf, Christof (Hg.): Soziologie der Gesundheit, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (KZfSS), Sonderheft 46, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 9-33