



Mentale und physische Gesundheit im Alter

Der Einfluss von Armut,
Einkommensungleichheit und
Vermögensungleichheit

Fabio Franzese

Mentale und physische Gesundheit im Alter

„Poverty is a problem, or it is nothing. What it cannot be is *not* a problem.”

(Alcock 1993, 4; Hervorhebung im Original)

Fabio Franzese

Mentale und physische Gesundheit im Alter

Der Einfluss von Armut,
Einkommensungleichheit und
Vermögensungleichheit

Budrich Academic Press GmbH
Opladen • Berlin • Toronto 2020

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dissertation, Universität Heidelberg, 2019

© 2020 Dieses Werk ist bei der Verlag Budrich Academic Press GmbH erschienen
und steht unter der Creative Commons Lizenz Attribution-ShareAlike 4.0
International (CC BY-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>
Diese Lizenz erlaubt die Verbreitung, Speicherung, Vervielfältigung und Bearbeitung
bei Verwendung der gleichen CC-BY-SA 4.0-Lizenz und unter Angabe der
UrheberInnen, Rechte, Änderungen und verwendeten Lizenz.



Dieses Buch steht im Open-Access-Bereich der Verlagsseite zum kostenlosen
Download bereit (<https://doi.org/10.3224/96665012>).
Eine kostenpflichtige Druckversion kann über den Verlag bezogen werden. Die
Seitenzahlen in der Druck- und Onlineversion sind identisch.

ISBN 978-3-96665-012-0
eISBN 978-3-96665-987-1
DOI 10.3224/96665012

Umschlaggestaltung: Bettina Lehfeldt, Kleinmachnow – www.lehfeldtgraphic.de
Typografisches Lektorat: Anja Borkam, Jena – kontakt@lektorat-borkam.de
Druckerei: Books on Demand GmbH, Norderstedt
Printed in Europe

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	9
Abbildungsverzeichnis.....	10
1 Einleitung.....	13
2 Theorie	17
2.1 Armut	17
2.1.1 Armutskonzepte.....	18
2.1.2 Altersarmut	20
2.1.3 Mindestsicherung in Europa	22
2.2 Gesundheitliche Ungleichheit	23
2.2.1 Verhalten als Erklärung für gesundheitliche Ungleichheit	23
2.2.2 Psychosoziale Erklärung.....	25
2.2.3 Materialistische Erklärung.....	28
2.2.4 Selektionshypothese	30
2.2.5 Lebenslaufperspektive	31
2.2.6 Der Einfluss von Armut auf Gesundheit.....	33
2.2.7 Veränderungen in der finanziellen Situation	35
2.2.8 Einkommens- und Vermögensungleichheit	37
2.3 Depression.....	45
2.3.1 Biologische Ursachen	47
2.3.2 Evolutionäre Erklärung.....	48
2.3.3 Genetische Ursachen	49
2.3.4 Psychologische Erklärungen.....	50
2.3.5 Soziale Erklärungen.....	51
2.3.6 Depression im Alter.....	53
2.3.7 Einfluss der finanziellen Situation auf Depression	55
2.4 Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens.....	57
2.5 Subjektive Gesundheit	61

3	Forschungsstand	65
3.1	Finanzielle Probleme und Gesundheit.....	65
3.1.1	Depression	65
3.1.2	Physische Gesundheit	69
3.1.3	Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens	70
3.1.4	Subjektive Gesundheit	71
3.1.5	Vergleich von Quer- und Längsschnittanalysen	73
3.2	Verbesserung und Verschlechterung der finanziellen Situation.....	74
3.3	Einkommens- und Vermögensungleichheit und Gesundheit	77
3.3.1	Makrostudien	77
3.3.2	Individualebene	78
3.3.3	Zeitverzögerte Messung der Ungleichheit.....	81
3.3.4	Wer leidet unter der Ungleichheit?	82
3.3.5	Kausale Effekte?.....	83
3.3.6	Tests der neomateriellen und psychosozialen Theorie	86
3.3.7	Vermögensungleichheit	88
4	Daten und Methode.....	91
4.1	Finanzielle Situation	91
4.1.1	Finanzielle Schwierigkeiten.....	93
4.1.2	Schulden	93
4.2	Gesundheit	94
4.2.1	Depression	94
4.2.2	Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens.....	95
4.2.3	Schlechte subjektive Gesundheit	95
4.3	Makroindikatoren.....	96
4.3.1	Einkommensungleichheit	96
4.3.2	Vermögensungleichheit	99
4.3.3	Soziales Vertrauen	99
4.3.4	Gesundheitsausgaben.....	100
4.4	Kontrollvariablen	100
4.5	Stichprobe	104
4.5.1	Veränderungen im Zeitverlauf.....	108
4.6	Analysemethoden.....	109

4.6.1	Pooled-OLS	112
4.6.2	Random-Effects	113
4.6.3	Fixed-Effects	114
4.6.4	First-Difference	115
4.6.5	Hybrid-Modell	116
5	Analysen: Armut und Gesundheit.....	119
5.1	Deskriptive Beschreibungen	119
5.1.1	Finanzielle Situation	119
5.1.2	Schulden	122
5.1.3	Depression	122
5.1.4	Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens....	126
5.1.5	Schlechte subjektive Gesundheit	127
5.1.6	Bivariate Analysen	129
5.2	Vergleich von Querschnitt- und Längsschnittanalysen	131
5.3	Robustheitsanalysen	136
5.4	Kausalität	137
5.5	Diskussion.....	139
6	Analysen: Verbesserung und Verschlechterung der finanziellen Situation	145
6.1	First-Difference-Analysen	146
6.2	Diskussion.....	151
7	Analysen: Einkommens- und Vermögensungleichheit	155
7.1	Deskriptive Beschreibungen	155
7.2	Multivariate Analysen	162
7.2.1	Test der psychosozialen und neomateriellen Theorie	164
7.2.2	Interaktion: Wer leidet unter der Ungleichheit?	165
7.3	Diskussion der Ergebnisse	170
7.3.1	Vermögensungleichheit.....	171
7.3.2	Einkommensungleichheit	173
7.3.3	Theorievergleich	175
7.3.4	Interaktion: Wer leidet unter der Ungleichheit?	176

7.3.5	Methodische Diskussion.....	177
8	Fazit.....	179
	Literaturverzeichnis	183

Anhang

Alle Anhänge stehen auf der Webseite des Verlags zum kostenlosen Download zur Verfügung: <https://doi.org/10.3224/96665012A>

Tabellenverzeichnis

Tabelle 4.1: Übersicht aller SHARE Wellen und Länder.....	92
Tabelle 4.2: Verteilung des Bruttoäquivalenzeinkommens in Deutschland (2016).....	96
Tabelle 4.3: Zuordnung von ESS und SHARE Wellen	100
Tabelle 4.4: Beschreibung der Stichprobe	106
Tabelle 4.5: Fallzahlen pro Land und Welle.....	107
Tabelle 4.6: Veränderung in der finanziellen Situation der Haushalte	109
Tabelle 4.7: Veränderung in der Gesundheit	109
Tabelle 5.1: Anzahl depressiver Symptome in der Stichprobe (Welle 6)...	122
Tabelle 5.2: Fixed-Effects-Modelle mit und ohne Gesundheit als Kontrollvariable.....	137
Tabelle 7.1: Makroindikatoren	157
Tabelle 7.2: Hybrid-Modelle	165

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1:	Der Effekt von steigender Einkommensungleichheit auf die Mortalität	42
Abbildung 2.2:	Mechanismen des Einflusses von Einkommensungleichheit auf Depression.....	44
Abbildung 4.1:	Lorenzkurve des Bruttoäquivalenzeinkommens 2016	97
Abbildung 4.2:	Schema für den direkten und indirekten Effekt von finanzieller Situation auf die mentale Gesundheit	103
Abbildung 4.3:	Generierungsprozess der Analysestichprobe	104
Abbildung 4.4:	Fiktives Beispiel: Lineares Wahrscheinlichkeitsmodell und Logit-Modell.....	110
Abbildung 5.1:	Finanzielle Situation der Haushalte in SHARE nach Land und Welle.....	120
Abbildung 5.2:	Schulden der Befragten in SHARE nach Land und Welle.....	121
Abbildung 5.3:	Prävalenz von Depression nach Land und Geschlecht (in Prozent, Welle 6)	123
Abbildung 5.4:	Prävalenz von Depression nach Altersgruppe (in Prozent).....	124
Abbildung 5.5:	Prävalenz von Depression im Zeitverlauf nach Land (in Prozent)	125
Abbildung 5.6:	Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens nach Altersgruppe (in Prozent).....	126
Abbildung 5.7:	Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens im Zeitverlauf nach Land (in Prozent).....	127
Abbildung 5.8:	Schlechte subjektive Gesundheit im Zeitverlauf nach Land (in Prozent)	128
Abbildung 5.9:	Anteil der Personen mit Depression nach finanzieller Situation	129
Abbildung 5.10:	Depression, Einschränkungen in ADL und schlechte subjektive Gesundheit nach Schulden und Welle	130
Abbildung 5.11:	Vergleich von OLS, POLS, RE und FE – Depression	132
Abbildung 5.12:	Vergleich von OLS, POLS, RE und FE – Einschränkungen in ADL und subjektive Gesundheit	133

Abbildung 5.13:	Vergleich von FE-Modellen mit unterschiedlicher Referenzkategorie der Variable „finanzielle Probleme“.	135
Abbildung 5.14:	Fixed-Effects Modelle. Vergleich der Gesamtstichprobe mit der Teilstichprobe „Rentner“	139
Abbildung 6.1:	First-Difference-Modell – Effekte von Veränderung der finanziellen Schwierigkeiten auf Depression.....	146
Abbildung 6.2:	First-Difference-Modell – Effekte von Veränderung der finanziellen Schwierigkeiten auf Einschränkungen in ADL	148
Abbildung 6.3:	First-Difference-Modell – Effekte von Veränderung der finanziellen Schwierigkeiten auf schlechte subjektive Gesundheit.....	149
Abbildung 6.4:	First-Difference-Modell – Effekte von Veränderung der finanziellen Schwierigkeiten auf Schulden.....	150
Abbildung 7.1:	Korrelation von Einkommensungleichheit (2015) und Vermögensungleichheit	158
Abbildung 7.2:	Korrelation der Makroindikatoren	159
Abbildung 7.3:	Korrelation von Gesundheits- und Makroindikatoren	160
Abbildung 7.4:	Korrelation von Gesundheit und Einkommensungleichheit bei verzögerter Messung der Einkommensungleichheit.....	162
Abbildung 7.5:	Hybrid-Modell: Effekte von Veränderungen der finanziellen Situation nach Einkommensungleichheit: Depression	166
Abbildung 7.6:	Hybrid-Modell: Effekte von Veränderungen der finanziellen Situation nach Einkommensungleichheit: Einschränkungen in ADL	167
Abbildung 7.7:	Hybrid-Modell: Effekte von Veränderungen der finanziellen Situation nach Einkommensungleichheit: Schlechte subjektive Gesundheit	168
Abbildung 7.8:	Hybrid-Modell: Effekt von Verschuldung nach Einkommensungleichheit	169

1 Einleitung

Obwohl Europa zu den wohlhabenden Regionen der Welt zählt, ist Armut ein Problem, das viele Menschen betrifft. Gemeint ist hierbei jedoch meist nicht die absolute Armut – also zu wenig Ressourcen um alle lebenswichtigen Grundbedürfnisse ausreichend zu befriedigen –, sondern die relative Armut im Vergleich zum Wohlstand der jeweiligen Gesellschaft. Die Quote der armutsgefährdeten Menschen, d.h. Personen in Haushalten mit einem Einkommen, das geringer ist als 60 Prozent des Medianeinkommens des entsprechenden Landes, lag im Jahr 2016 in der Europäischen Union bei 17,3 Prozent (Eurostat 2018a). Zusätzlich zu den Betroffenen, die unter den Problemen leiden, die Armut mit sich bringt, gibt es auch andere Teile der Bevölkerung, deren Leben durch die Angst vor Armut im Alter beeinträchtigt wird (vgl. Gasche/Lamla 2012). Die Auswirkungen der Armut für die Betroffenen sind vielfältig. Ein bedeutender Aspekt, in dem arme Menschen benachteiligt sind, ist die Gesundheit. Eine Vielzahl an Studien bestätigt, dass mit einem geringeren sozialen Status und geringerem Einkommen eine schlechtere Gesundheit einhergeht (Lampert 2016). Dies ist sowohl für physische, als auch für psychische Erkrankungen nachgewiesen worden. Mit geringem Einkommen sind z.B. erhöhte Risiken für Sterblichkeit (Martikainen/Valkonen/Moustgaard 2009) und Depressionen (Lorant et al. 2003) verbunden.

Das ökonomische Umfeld auf gesellschaftlicher Ebene stellt die Rahmenbedingungen dar, in denen die eigene finanzielle Lage erlebt und wahrgenommen wird. Neben dem allgemeinen Wohlstandsniveau einer Gesellschaft ist hierfür die Verteilung der ökonomischen Ressourcen von Bedeutung. Die Verteilung des Einkommens und Vermögens innerhalb einer Gesellschaft beschreiben die ökonomischen Ungleichheiten, denen die Mitglieder der Gesellschaft täglich ausgesetzt sind: die „Schere zwischen Arm und Reich“. Diese Ungleichheiten sind in Europa unterschiedlich stark ausgeprägt. In Spanien herrscht eine relativ große und in Tschechien eine relativ geringe Ungleichheit im Einkommen, Deutschland liegt im europäischen Vergleich im Mittelfeld (Eurostat 2016). Auch dieser gesellschaftliche Aspekt der finanziellen Lage kann sich auf die Gesundheit auswirken. Es existieren zahlreiche Studien, die zeigen, dass in Staaten, in denen das Einkommen ungleich verteilt ist, die Bevölkerung im Durchschnitt einen schlechteren Gesundheitszustand aufweist, als in Staaten mit geringerer Ungleichheit (Torre/Myrskylä 2014).

Die individuellen und gesellschaftlichen ökonomischen Bedingungen haben einen stärkeren Einfluss auf die Gesundheit, wenn der Körper über eine geringe Leistungsfähigkeit und ein schwaches Immunsystem verfügt (vgl. Kwetkat 2010). Da die Leistungsfähigkeit des Körpers mit zunehmendem Alter abnimmt und die Wahrscheinlichkeit zu erkranken ansteigt (vgl. Siegrist 2005: 215f; Andersen-Ranberg et al. 2009), ist die ältere Bevölkerung eine

Gruppe mit erhöhtem Risiko für gesundheitliche Folgen, die aus Veränderungen in der finanziellen Situation resultieren. Neben der mit dem Alter abnehmenden Gesundheit (Leopold/Engelhardt/Engelhardt 2013) unterscheidet sich das höhere Alter auch in anderen Aspekten von den Phasen des jungen und mittleren Erwachsenenalters. In diese Zeit fällt bspw. der Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand, der mit vielen Änderungen verbunden ist, wie z.B. in den sozialen Kontakten, der Freizeit und im Einkommen.

Die Erforschung der Gesundheit im höheren Alter gewinnt zunehmend an Bedeutung, da in vielen Ländern Europas der Anteil der älteren Bevölkerung stetig gestiegen ist und auch weiterhin ansteigen wird. Schätzungen der Europäischen Union (EU) gehen von einem Anstieg der Bevölkerung ab 65 Jahren von 18,5 Prozent im Jahr 2014 auf 28,7 Prozent im Jahr 2080 aus (EU 2015). Ursachen der Alterung der Gesellschaft sind geringe Geburtenraten sowie die steigende Lebenserwartung, die u.a. aus der zunehmend besseren Gesundheitsversorgung resultiert (Klein 2016: 89; Hoffmann/Menning/Schelchase 2009). Die europäischen Gesellschaften müssen sich also darauf einstellen, dass es mehr alte Menschen gibt, die länger leben. Ein längeres Leben kann ein längeres gesundes Leben bedeuten (Kroll/Ziese 2009), dies hat jedoch nicht zwangsläufig zur Folge, dass es mit weniger oder kürzeren Krankheitsphasen einhergeht. Auch eine Verschiebung und Verlängerung der Phasen von Krankheit und Pflegebedürftigkeit kann die Folge sein (vgl. Murray et al. 2015; Westendorp/Kirkwood 2008). Mit dem Alter wandelt sich zudem die Art der Erkrankung, so treten z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Einschränkungen des Bewegungsapparates mit zunehmendem Alter häufiger auf (Saß/Wurm/Ziese 2009).

Sowohl Armut, als auch Gesundheit im höheren Alter, sind – für die Betroffenen wie auch für die Gesellschaft – relevante und allgegenwärtige Themen. In der vorliegenden Arbeit werden diese Themen verknüpft, um die Einflüsse ökonomischer Faktoren auf die Gesundheit im Alter anhand von zwei Forschungsfragen empirisch zu analysieren. Erstens steht im Mittelpunkt der Untersuchung welche Auswirkungen eine Veränderung der finanziellen Situation im höheren Alter auf die Gesundheit hat. Im Gegensatz zu einem Großteil der bisherigen Forschung, werden hierzu Längsschnittmethoden angewendet. Eine Besonderheit ist hierbei die genaue Analyse der Effekte von Verbesserungen und Verschlechterungen in der finanziellen Lage. So können die negativen Auswirkungen einer Verschlechterung mit den positiven Effekten einer Verbesserung verglichen werden. Die zweite Forschungsfrage beschäftigt sich mit der ökonomischen Ungleichheit auf gesellschaftlicher Ebene: Wie hängt die Einkommens- und Vermögensungleichheit in einer Gesellschaft mit der Gesundheit zusammen? Es werden zwei Theorien getestet, die versuchen diesen Zusammenhang zu erklären. Zudem wird untersucht, ob die Veränderung der Ungleichheit einen Einfluss auf die Gesundheit hat und ob die gesundheits-schädlichen Effekte von Armut bei größerer Ungleichheit stärker sind als bei

geringer Ungleichheit. Auch hier stellt v.a. die Längsschnittdimension einen innovativen Beitrag zur Forschungslandschaft dar. Außerdem wird der Zusammenhang von Vermögensungleichheit und Gesundheit analysiert, ein bislang kaum erforschter Bereich, der mit den hier verwendeten Gesundheitsindikatoren zum ersten Mal untersucht wird.

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gesundheit als einen „Zustand des vollkommenen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ (Kickbusch 1999: 275). Daher werden die Analysen der vorliegenden Untersuchung anhand der mentalen und der physischen Gesundheit durchgeführt. Neben der subjektiven Gesundheit werden mit Depression und körperlichen Einschränkungen bedeutende Dimensionen von Gesundheit betrachtet. Der Anteil der Menschen, die an Depression leiden wird weltweit auf ca. 4,4 Prozent geschätzt, mit steigender Tendenz (World Health Organization 2017c). In Europa machen psychische Störungen 20 Prozent der Krankheitslast aus, wobei dieser Anteil im Gebiet der Europäischen Union noch etwas höher liegt (World Health Organization 2012). Dennoch wird psychischen Problemen – v.a. im höheren Alter – von Ärzten relativ wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Diagnosen und Behandlungen psychischer Krankheiten sind im Alter selten (Stoppe 2008), obwohl die Prävalenz von Depressionen und daraus folgenden Suiziden gegen Ende des Lebens ansteigt (Wolff/Tesch-Römer 2017; IHME 2017; Conwell/Duberstein/Caine 2002). Die physische Gesundheit ist für ein zufriedenes Leben von großer Bedeutung, wobei der Selbstständigkeit eine bedeutende Rolle zukommt. Körperliche Einschränkungen und das Angewiesensein auf Hilfe verringern die Lebensqualität beachtlich (vgl. Netuveli et al. 2006; Andersen et al. 2004). Die subjektive Gesundheit spiegelt alle Dimensionen der Gesundheit wider und eignet sich daher als allgemeines Gesundheitsmaß (vgl. Benyamini 2011).

In Kapitel 2 werden die theoretischen Grundlagen dargestellt, die für die Beantwortung der Forschungsfragen notwendig sind. Dazu werden verschiedene Armutskonzepte sowie das Problem der Altersarmut erläutert und mögliche Erklärungen für die Unterschiede in der Gesundheit zwischen Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlichem sozioökonomischem Status dargestellt. Zudem werden die beiden gängigen Theorien zur Erklärung des Zusammenhangs von Gesundheit und der Ungleichverteilung der ökonomischen Ressourcen diskutiert sowie die theoretischen Modelle zur Entstehung von Depressionen und körperlichen Einschränkungen sowie der Beurteilung der subjektiven Gesundheit beschrieben. Kapitel 3 gibt einen Überblick über die Ergebnisse der bisherigen empirischen Studien, die im Zusammenhang mit den Forschungsfragen relevant sind. Anschließend werden in Kapitel 4 die methodischen Aspekte der vorliegenden Studie dargestellt: die Daten, die Indikatoren zur Messung der finanziellen Situation und Gesundheit, die Auswahl der Kontrollvariablen sowie die Beschreibung der Stichprobe und der angewandten Methoden. Die folgenden Kapitel behandeln jeweils eine der Forschungs-

fragen, wobei diese anhand verschiedener Analysemethoden untersucht und anschließend diskutiert werden. In Kapitel 5 werden deskriptive Analysen der zentralen Variablen berichtet und der Zusammenhang von finanziellen Problemen und Gesundheit anhand von Quer- und Längsschnittanalysen erörtert. In Kapitel 6 werden Verbesserungen und Verschlechterungen in der finanziellen Lage genauer auf ihren Einfluss auf die Gesundheit hin untersucht, um zu testen, ob die negativen Effekte einer Verschlechterung stärker sind als die positiven Effekte einer Verbesserung. Kapitel 7 beschäftigt sich mit dem Zusammenhang von ökonomischer Ungleichheit in einer Gesellschaft und der Gesundheit der Bevölkerung. Hierzu kommen sowohl deskriptive, als auch multivariate Methoden zum Einsatz. Zum Schluss werden die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst und ein Fazit gezogen (Kapitel 8).

2 Theorie

In diesem Kapitel werden die theoretischen Grundlagen dargestellt, die im Zusammenhang mit den aufgeworfenen Forschungsfragen von Bedeutung sind. Zunächst werden die wichtigsten Konzepte zur Beschreibung von Armut erläutert, wobei auch auf die Besonderheiten der Altersarmut eingegangen wird (Kapitel 2.1). Darauf folgend werden in Kapitel 2.2 die Erklärungsansätze für die Ungleichheit in der Gesundheit innerhalb von Gesellschaften thematisiert. Hierbei wird insbesondere der Zusammenhang von ökonomischen Ressourcen und Gesundheit dargelegt. Zudem werden Theorien erläutert, die gesundheitliche Unterschiede zwischen Gesellschaften anhand der Einkommens- und Vermögensungleichheit erklären. Die darauffolgenden Kapitel beschreiben die Grundlagen der Gesundheitsmaße, die in dieser Arbeit empirisch analysiert werden. Durch die ausführliche Darstellung aller möglichen Faktoren, die den Ausbruch einer Depression verursachen und beeinflussen können (Kapitel 2.3), wird deutlich, wie komplex diese Krankheit ist. Gleiches gilt auch für die körperlichen Einschränkungen in alltäglichen Aktivitäten (Kapitel 2.4), die, wie auch das Konstrukt der subjektiven Gesundheit (Kapitel 2.5), aus theoretischer Perspektive beleuchtet werden.

2.1 Armut

Armut ist ein Problem, an dem Menschen auch in reichen Ländern sterben (Galea et al. 2011; O'Sullivan/Howden-Chapman/Fougere 2012). Aber auch die weniger dramatischen Folgen von finanziellen Problemen sind durchweg negativ, dazu zählen z.B. verringertes Selbstbewusstsein (Mayhew/Lempers 1998; Lange/Byrd 1998; Whitbeck et al. 1991), mehr Streit und geringere Zufriedenheit in Beziehungen (Papp/Cummings/Goeke-Morey 2009; Hardie/Lucas 2010; Shim/Lee/Kim 2016), Stigmatisierung (Knabe/Fischer/Klärner 2018) und Scham (Walker et al. 2013). Um der Frage dieser Arbeit nachzugehen, inwieweit finanzielle Schwierigkeiten die Gesundheit älterer Personen in Europa beeinflusst, soll zunächst geklärt werden was Armut ist und wie man sie messen kann. Dazu werden in diesem Kapitel verschiedene Ansätze der Armutsforschung knapp dargestellt. Anschließend wird diskutiert, wie sich die hier verwendete Messung der Armut in die vorgestellten Konzepte einordnen lässt und es wird auf die Besonderheiten bei der Betrachtung von Altersarmut eingegangen. Zum Schluss wird noch ein kurzer Überblick über die Systeme der sozialen Mindestsicherung in Europa gegeben und dargestellt welche Rolle zur Beseitigung von Armut sie spielen.

2.1.1 *Armutskonzepte*

„Armut bezeichnet einen Zustand, in dem Menschen ihre Grundbedürfnisse – Nahrungsaufnahme, Wohnen, eine den klimatischen Bedingungen angemessene Bekleidung, medizinische Basisversorgung – nicht befriedigen können (absolute, extreme bzw. existenzielle Armut) oder von der Beteiligung am sozialen, kulturellen bzw. politischen Leben ihres Landes weitgehend ausgeschlossen sind (relative Armut).“ (Butterwegge 2018)

Es ist schwierig internationale Standards bei der Messung der Armut anhand absoluter Kriterien festzulegen. So sind bspw. warme Kleidung und beheizbarer Wohnraum je nach klimatischen Bedingungen mehr oder weniger von Bedeutung (vgl. Butterwegge 2018; Strengmann-Kuhn/Hauser 2012). Aber auch innerhalb einer Gesellschaft ist eine Definition von absoluter Armut kein leichtes Unterfangen (Brülle 2018: 14). Zum einen ist es aus praktischer Sicht schwierig den gesamten Besitz und Kapitalvermögen einheitlich zu messen und daher ist dies selten in den Definitionen zu finden. Zum anderen müsste die Armutsgrenze für jeden Haushalt nach individuellem Bedarf angepasst werden, was teilweise durch die Gewichtung nach Haushaltszusammensetzung erreicht werden kann (ebd.). Im internationalen Vergleich wird oft von absoluter Armut gesprochen, wenn eine Person weniger als 1,90 US-Dollar pro Tag zur Verfügung hat (World Bank 2017; United Nations 2017). Die ursprüngliche Armutsgrenze von 1 US-Dollar pro Tag wurde in den 1980er Jahren eingeführt und seitdem schrittweise an die aktuellen Gegebenheiten angepasst (Ferreira/Jolliffe/Prydz 2015). Diese Grenze ist willkürlich und soll lediglich das Ausmaß der katastrophalen Verhältnisse in den ärmsten Ländern der Welt darstellen (Strengmann-Kuhn/Hauser 2012).

Während bei der absoluten Armut das zum Überleben notwendige „absolute Existenzminimum“ betrachtet wird, geht es bei der relativen Armut um das „soziokulturelle Existenzminimum“ (Hauser 2012: 124). Was genau hierunter zu verstehen ist hängt wiederum von der jeweiligen Gesellschaft ab. Da in entwickelten Ländern absolute Armut „als nahezu überwunden betrachtet werden“ (Hauser/Neumann 1992: 246) kann, wird Armut meist aufgrund relativer Indikatoren beschrieben (Strengmann-Kuhn/Hauser 2012). Bei relativen Armutskonzepten kann zwischen dem Ressourcenansatz und dem Lebenslagenansatz unterschieden werden (Hauser/Neumann 1992). Der Ressourcenansatz betrachtet nur ökonomische Ressourcen, die für das soziokulturelle Existenzminimum notwendig sind. Ein gängiges Maß ist hierbei die relative Einkommensarmut: Der Anteil der Bevölkerung, dessen Einkommen weniger als 50 oder 60 Prozent des Medianeinkommens eines Landes beträgt (Klein 2016: 263). Eine alternative Definition ist die Armut anhand staatlich festgelegter Grenzen zu bestimmen, bspw. durch den Bezug von Mindestsicherung (vgl. Brülle 2018: 16 f; Geyer 2014).

Der von Neurath (1937) eingeführte Begriff der Lebenslage definiert die Armut umfassender, wobei auch immaterielle Aspekte der Lebenssituation von Bedeutung sind (Leßmann 2006: 33). Es gibt verschiedene Interpretationen und (Weiter-) Entwicklungen des Lebenslagenansatzes, die im Grundgedanken übereinstimmen, dass die Lebenslage durch die „Menge von Möglichkeiten, die ein Mensch bei der Gestaltung seines Lebens hat“ (ebd.) gekennzeichnet ist. „Die Betonung liegt bei diesem Konzept stärker auf der tatsächlichen Versorgungssituation des Individuums und weniger auf den potentiellen Versorgungslagen“ (Hauser/Neumann 1992: 247). Nach Weisser beschreibt die Lebenslage den „Spielraum, den die äußeren Umstände dem Menschen für die Erfüllung der Grundanliegen bieten, die er bei unbehinderter und gründlicher Selbstbesinnung als bestimmend für den Sinn seines Lebens ansieht“ (Weisser 1957: 6 zitiert nach Leßmann 2006: 33). Ein ähnlicher (vgl. Leßmann 2006), ebenfalls weit gefasster, multidimensionaler Blick auf Armut beschreibt Sen mit dem Capability-Ansatz (Sen 1993; Sen 1992). Sen spricht von den Verwirklichungschancen („capability set“), die jeder Mensch hat und meint damit alle potentiell erreichbaren Lebenssituationen (vgl. Leßmann 2006: 34). Um die Situation eines Menschen zu beschreiben genügt es daher nicht, nur seine Ressourcen zu betrachten, da es sich individuell unterscheidet, wie diese eingesetzt werden können. Es geht um die Verwirklichungschancen die einem Menschen zur Verfügung stehen, um das Leben erfolgreich zu gestalten. Die Konzepte der Verwirklichungschancen und der Lebenslage haben einige Gemeinsamkeiten, so „stellen sie den Menschen als Handelnden in den Mittelpunkt und postulieren einen Einfluss seines Handlungsspielraums auf sein Wohlergehen“ (ebd.: 31). Zudem ist die empirische Erfassung beider Ansätzen ein schwieriges Unterfangen, da die individuellen multidimensionalen Handlungsspielräume nicht ohne weiteres messbar sind (ebd.).

Ein Ansatz, der ebenfalls den Lebensstandard betrachtet und somit die Armut auch multidimensional beschreibt, jedoch empirisch besser greifbar ist als Verwirklichungschancen und Lebenslage, ist das Konzept der Deprivation (siehe Groenemeyer/Ratzka 2012; Brülle 2018: 14).¹ Hierbei werden Kriterien bestimmt, die für ein Leben ohne Armut notwendig sind, bspw. warme Mahlzeiten, eine beheizbare Wohnung, die Möglichkeit Freunde zum Essen einzuladen und neue Kleidung zu kaufen (Townsend 1979; Nolan/Whelan 2010; Adena/Myck/Oczkowska 2015). Auch Bedingungen in der Wohngegend können relevant sein, z.B. die Verfügbarkeit von Schulen, Ärzten und Einkaufsmöglichkeiten (Mabughi/Selim 2006). Aus den abgefragten Lebensumständen kann ein absolutes (z.B. Armut entspricht mindestens zwei nicht zutreffende Kriterien) sowie ein relatives (Anteil der nicht zutreffenden Kriterien) Maß der Deprivation gebildet werden (Brülle 2018: 14).

1 Zur Beschreibung von Deprivation gibt es unterschiedliche Begriffe (relative Deprivation, soziale Deprivation, soziale Exklusion), die ähnliche Konzepte beschreiben, siehe dazu (Mabughi/Selim 2006).

Zur Bestimmung von Armut bzw. Armutsgrenzen kann auch auf subjektive Kriterien zurückgegriffen werden (vgl. Piachaud 1992). Wird eine Person danach befragt, ob sie sich arm fühlt, dann werden unterschiedliche Bedürfnisse, Lebensweisen und Lebensumstände berücksichtigt. Dieselbe objektive ökonomische Lage kann von manchen Menschen als Armut erlebt werden, während andere sich selbst nicht als arm bezeichnen würden. Dieser Vorteil ist jedoch auch gleichzeitig ein Nachteil, denn mit der Subjektivität sind auch unterschiedliche Maßstäbe der Befragten verbunden und eine Vergleichbarkeit kann zumindest angezweifelt werden. Der Indikator, der in dieser Studie verwendet wird bezieht sich auf eine subjektive Einordnung der finanziellen Situation des Haushaltes. Es wird hierbei aber nicht nach Armut gefragt, sondern nach dem Ausmaß der Probleme, mit dem verfügbaren Einkommen über die Runden zu kommen (siehe Kapitel 4.1.1). Wird von solchen Problemen berichtet, so wird dies in manchen Studien als „subjektive Armut“ bezeichnet (Adena/Myck 2014; Fonseca et al. 2013). Dieser Begriff ist durchaus gerechtfertigt, da in diesem Fall ein Haushalt nach eigener Angabe finanzielle Schwierigkeiten hat das Leben zu bestreiten. Es wird zwar nur nach Einkommen gefragt, aber für was das Geld benötigt wird, um „über die Runden zu kommen“ ist nicht festgelegt. Auch Kosten für den Sportverein des Kindes oder andere Aktivitäten können in den Ausgaben enthalten sein. Somit enthält der Indikator implizit die Multidimensionalität vieler Armutskonzepte (welche Ausgaben zu „über die Runden kommen“ dazugezählt werden hängt von den Befragten ab). Zudem enthält die Frage auch indirekt eine Auskunft über das Vermögen. Denn ob ein bestimmtes Einkommen für den Lebensunterhalt ausreicht, hängt auch davon ab, ob davon Miete gezahlt werden muss oder man in der eigenen Wohnung lebt und ob anderes Vermögen vorhanden ist, das aufgebraucht werden kann. Auch nach dem Verständnis der Ansätze, die nach Lebenslagen und Verwirklichungschancen beurteilen, können große und kleine finanzielle Schwierigkeiten als Armut aufgefasst werden, da dadurch die Handlungsfähigkeit eingeschränkt wird. Dies geschieht nicht nur durch die Einschränkung im Konsum, sondern auch durch die mit finanziellen Problemen auftretenden Sorgen, welche „mentale Ressourcen“ beanspruchen und somit Konzentration und Leistungsfähigkeit negativ beeinflussen können (Mani et al. 2013).

2.1.2 Altersarmut

Obwohl die Armutsgefährdungsquote in Deutschland bei den jungen Erwachsenen am höchsten und im Rentenalter relativ gering ist (Statistisches Bundesamt 2018), steigt seit einiger Zeit die Angst vor Altersarmut immer weiter an (Gasche/Lamla 2012). In einer Studie zeigt sich, dass viele der Befragten zu pessimistisch sind und ihre zukünftige Rente zu gering einschätzen (Lamla/Gasche 2013). Dennoch sind diese Sorgen nicht ganz unbegründet, da

die zukünftigen Rentner durch die Zunahme prekärer Beschäftigung und unterbrochenen Erwerbsbiographien geringere Rentenansprüche vorweisen können (Börsch-Supan/Gasche 2010; Haan et al. 2017; Kistler/Trischler 2012). In der öffentlichen Debatte wird daher oftmals ein Bild gezeichnet, das Alter mit Armut verknüpft. Auf die gleiche Weise wird Armut zum Teil auch als ein Problem in andern Gruppen angesehen, z.B. werden damit Arbeitslose, Obdachlose und Alleinerziehende in Verbindung gebracht (Leisering/Buhr 2012: 147). In dieser Betrachtung gilt Armut als eine soziale Lage, in der sich die Betroffenen dauerhaft befinden (Buhr 1995; Leisering/Buhr 2012). Seit den 1990er Jahren wird jedoch verstärkt „dynamische“ Armutsforschung betrieben. Hierbei werden individuelle Lebensläufe analysiert und Armut als eine Episode im Leben betrachtet, die auch nur kurze Zeit andauern kann (Groh-Samberg 2010; Buhr 1995; Leisering/Buhr 2012). Was die Dauer der Armutsphasen angeht, so unterscheidet sich das höhere Alter von früheren Lebensphasen. Im höheren Alter ist das Risiko höher, dass Episoden von Armut länger anhalten oder gar nicht überwunden werden können (Bourcarde 2012; Kümpers/Alisch 2018: 598). Sobald man nicht mehr am Erwerbsleben teilnimmt wird das Einkommen durch Rentenansprüche und frühere Ersparnisse bestimmt. Im Gegensatz zu früheren Lebensabschnitten, in denen auch bei Armut die Perspektive auf Verbesserung besteht, ist die Zukunftsaussicht im Alter weniger optimistisch (Bourcarde 2012). Weiterhin Geld anzusparen ist für die meisten kaum möglich und Erwerbstätigkeit im Ruhestand ist zwar möglich, jedoch sinkt die Erwerbsfähigkeit mit zunehmendem Alter (ebd.).

Im Erwerbsleben gibt es eine ganze Reihe von Gründen für eine Veränderung im Einkommen – z.B. Arbeitslosigkeit, Beförderung, Wechsel des Arbeitgebers und schließlich der Eintritt in die Rente. Wie bereits erwähnt bleibt das individuelle Einkommen ab dem Renteneintritt relativ konstant, es sei denn man geht zusätzlich einer Arbeit nach. Betrachtet man jedoch das Einkommen auf Haushaltsebene, so kommen verschiedene Lebensereignisse in Frage, die die finanzielle Situation des Haushaltes beeinflussen können. Ein- und Auszug sowie Veränderungen in der Erwerbssituation des Partners spielen eine wichtige Rolle. Vor allem Personen, die selbst ein geringes Einkommen haben und durch den Partner mitversorgt werden, sind stark gefährdet für Altersarmut. Sie spüren die negativen Auswirkungen von Trennung oder Tod des Partners besonders stark und können dadurch in die Armut abrutschen. Frauen sind diesem Risiko in besonderem Maße ausgesetzt, da sie oftmals aufgrund von Erwerbsunterbrechungen und Teilzeitarbeit relativ geringe Renten beziehen und zudem eine höherer Lebenserwartung haben als Männer (vgl. Butterwegge/Hansen 2012). Andere Szenarien für eine Veränderung der finanziellen Lage im Ruhestand sind Erbschaften und finanzielle Unterstützung durch die Familie. Betrachtet man nicht nur das Einkommen, sondern auch die Ausgaben, so sind mit zunehmendem Alter vor allem Kosten für die Gesundheit und Pflege ein bedeutendes Thema.

2.1.3 *Mindestsicherung in Europa*

In vielen Staaten sind die Bürger für verschiedene Risiken über staatliche Systeme abgesichert. Dazu zählt Krankheit und Arbeitslosigkeit. Ein letztes Sicherheitsnetz, das vor dem Fall in die absolute Armut schützen soll, ist die Mindestsicherung. In allen Ländern der EU existiert ein solches allgemeines System zur Mindestsicherung, wobei diese in Ungarn und Griechenland erst vor kurzem eingeführt wurden (MISSOC 2018). Neumann (2015) beschreibt und vergleicht die Systeme der sozialen Mindestsicherung in allen EU-Staaten zum Stand des Jahres 2011. Aus der Studie geht hervor, dass die Systeme in den EU-Ländern in vielerlei Hinsicht sehr unterschiedlich sind. Ein Aspekt davon ist auch, dass Griechenland zu diesem Zeitpunkt kein Mindestsicherungssystem hatte. In den einzelnen Ländern gibt es verschiedene bedarfsbezogene Leistungen, zum Teil ist die Höhe der Bezüge aber auch vom Alter abhängig. „Mehr als ein Drittel der EU Staaten gewährt jungen Menschen geringere Leistungen als älteren. Luxemburg verwehrt ihnen den Zugang sogar komplett“ (ebd.: 434f.). Was die Generosität der Leistungen betrifft, so stehen Großbritannien und Irland an erster Stelle, dahinter folgen Dänemark und Luxemburg. Die geringsten Leistungen werden in Rumänien und Bulgarien gewährt. „Insgesamt betrachtet zeichnet sich die soziale Mindestsicherung durch große Unterschiede bei der durchschnittlichen Leistungshöhe in den europäischen Wohlfahrtsstaaten aus, die sich nicht in das bekannte Muster der klassischen Sozialstaatstypen einfügen“ (ebd.: 429f.). Dasselbe gilt auch für die Effektivität in Bezug auf Armutsbekämpfung, die Zugangs- und Bezugsbedingungen sowie die soziale Gerechtigkeit. Die Effektivität der sozialen Mindestsicherung bei der Armutsbekämpfung ist im Durchschnitt über alle EU-Länder nicht ausreichend. In Europa besteht trotz Bezug von Mindestsicherung das Risiko arm zu sein. Im europaweiten Durchschnitt liegt die Mindestsicherung 11 Prozent unter der Armutsrisikogrenze (60% des Medianeinkommen) (ebd.: 434). In nur 6 der 27 Länder sind die Mindestsicherungsleistungen in der Lage das Armutsrisiko zu beseitigen: in Polen, Irland, Großbritannien, Tschechien, Dänemark und Estland. Deutschland liegt auf einem Niveau mit Litauen und den Niederlanden knapp unter dem EU-Durchschnitt. Mit Abstand am schlechtesten vor Armut schützt die Mindestsicherung in Bulgarien und Rumänien. Hier beträgt die Mindestsicherung nur ein Drittel bzw. die Hälfte des 60% Medianeinkommens (ebd.: 436).

2.2 Gesundheitliche Ungleichheit

Die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Bevölkerungsschichten sind vielfach belegt worden (z.B. Jürges 2009; Huijts/Eikemo/Skalická 2010; Semyonov/Lewin-Epstein/Maskilevson 2013). Es gibt viele mögliche Mechanismen, die den sozioökonomischen Status und die Gesundheit verknüpfen. In der Diskussion stehen unter anderem „die Arbeitsbedingungen, die Wohnsituation, die soziale Sicherung, die soziale Integration und Teilhabe, das Gesundheitsverhalten, das Stressgeschehen, die Verfügbarkeit von sozialen und personalen Ressourcen sowie die Inanspruchnahme von Angeboten und Leistungen der Gesundheitsversorgung“ (Lampert 2016: 127). In diesem Kapitel werden allgemeine Theorien für die Entstehung von gesundheitlicher Ungleichheit vorgestellt. Orientiert an Bartley (2017) werden zuerst drei Erklärungsansätze dargestellt, mit denen die Entstehung von gesundheitlicher Ungleichheit in verschiedenen Statusgruppen beschrieben werden kann: Gesundheitsverhalten, die materialistische Theorie und die psychosoziale Theorie. Anschließend wird diskutiert, wie sich Gesundheit und sozialer Status gegenseitig beeinflussen und dadurch kausale Wirkmechanismen in beide Richtungen entstehen. Daran anknüpfend erläutert der folgende Abschnitt die Lebenslaufperspektive, denn besonders für die Gesundheit im Alter ist die Betrachtung des gesamten Lebenslaufes von Bedeutung. Im letzten Abschnitt wird beschrieben, wie die Einkommens- und Vermögensungleichheit einer Gesellschaft die Gesundheit von Individuen beeinflussen kann.

2.2.1 *Verhalten als Erklärung für gesundheitliche Ungleichheit*

Es ist empirisch umfangreich belegt, dass ein niedriger sozialer Status mit ungesünderem Verhalten einhergeht. Empirische Evidenz belegt diesen Zusammenhang für das Rauchverhalten (Lampert 2011; Pulkki et al. 2003; Aro/Avendano/Mackenbach 2005; Lampert/Kroll 2006), sportliche Aktivität (Klein 2009; Becker/Schneider 2005; Becker et al. 2007; Pulkki et al. 2003; Aro/Avendano/Mackenbach 2005), Gemüse- und Obstkonsum (Irz et al. 2014; Pérez 2002; Nicklett/Kadell 2013) und gesunde Ernährung (Schneider/Schneider 2009b; Irz et al. 2014; Venn/Strazdins 2017; Lallukka et al. 2007). Zudem können Unterschiede nach sozialem Status im Verhalten bei der Gesundheitsvorsorge (z.B. Cabeza et al. 2007; Dimitrakaki et al. 2009; Martín-López et al. 2010) – und damit in Verbindung stehend beim Gesundheitswissen (Sørensen et al. 2015; van der Heide et al. 2013) – festgestellt werden. Die Korrelation von niedrigem Status und schlechtem Gesundheitsverhalten lässt sich nicht für den Alkoholkonsum bestätigen. Studien weisen eher auf den umgekehrten Zusammenhang hin (Schneider/Schneider 2009a; Schneider/