



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Lebensqualität und Lebenslagen im Alter

Kontinuität, Kumulation und Destrukturierung sozialer
Ungleichheit in der nachberuflichen Phase

verfasst von / submitted by

Vera Maria Gallistl, BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree
of

Master of Arts (MA)

Wien, 2016 / Vienna 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 905

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Soziologie

Betreut von / Supervisor:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Franz Kolland

Ich danke meinem Betreuer Prof. Dr. Franz Kolland und meiner Kollegin Anna Wanka, sowie meinen Eltern, meiner Schwester Clara und Fabian.

Ich widme diese Arbeit meiner Großmutter Jacqueline.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Forschungsinteresse	3
2. Theoretischer Hintergrund	6
2.1. Die Lebensphase Alter	6
2.2. Lebensqualität und Lebenslagen im Alter	10
2.3. Kumulation, Kontinuität und Destrukturierung sozialer Ungleichheit	14
2.4. Nachberufliche Bildung und Lebensqualität	20
3. Forschungsstand	23
3.1. Einflussfaktoren auf die Lebensqualität im Alter	23
3.2. Kontinuität, Kumulation und Destrukturierung sozialer Ungleichheit	28
3.3. Bildung und soziale Aktivitäten in der nachberuflichen Phase	30
3.4. Annahmen für das weitere Vorgehen	34
4. Methodisches Vorgehen	36
4.1. Auswertungsverfahren	36
4.2. Datenauswahl und Stichprobenbeschreibung	38
4.3. Erhebungsinstrument und Operationalisierung	41
4.3.1. Lebensqualität	42
4.3.2. Soziale Ressourcen	43
4.3.3. Soziale Aktivitäten	49
4.4. Hypothesen	50
5. Ergebnisse	52
5.1. Lebensqualität & Alter(n)	52
5.1.1. Querschnitt Welle 5 (2013)	53
5.1.2. Längsschnitt Welle 2-5 (2006/07-2013)	61
5.1.3. Zusammenfassung	62
5.2. Lebensqualität und soziale Ressourcen	63
5.2.1. Bildungshintergrund	64
5.2.2. Lebensform und Geschlecht	66
5.2.3. Finanzielle Ressourcen	68
5.2.4. Gesundheit	69
5.2.5. Zusammenfassung	71
5.3. Lebensqualität und soziale Aktivitäten	72
5.4. Multivariate Betrachtung: Einflussfaktoren auf die Lebensqualität	77
5.4.1. Querschnitt Welle 5 (2013)	77
5.4.2. Längsschnitt Welle 2-5 (2006/07-2013)	84
5.5. Soziale Aktivitäten: Chancen und Barrieren	88
6. Lebensqualität und Lebenslagen im Alter – Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	90
6.1. Limitationen und weiterführende Forschungsfragen	94
7. Quellenangaben	97
7.1. Literaturverzeichnis	97
7.2. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	106
7.3. SHARE-Statement	108
Abstract	109
Lebenslauf	110

1. Einleitung und Forschungsinteresse

Die österreichische Gesellschaft befindet sich im Wandel: Niedrige Geburtenraten, eine verbesserte medizinische Versorgung und ein damit einhergehender Anstieg der Lebenserwartung führen dazu, dass sich die Altersstruktur der österreichischen Bevölkerung verändert. Diese häufig als demographischer Wandel zusammengefassten Dynamiken verändern nicht nur das Verhältnis zwischen Generationen und Altersgruppen in einer Gesellschaft – sie verändern auch die Art und Weise, wie das höhere Alter sozial verhandelt, definiert und verstanden wird: Ab welchem Alter man als alt gilt, welche sozialen Rollen damit einhergehend eingenommen oder aufgegeben werden sollten, welche Freizeit- und Lebensgestaltung mit dem höheren Alter einhergeht – all das hat sich entscheidend verändert. Mit dem demographischen Wandel kommt es zu einer Pluralisierung von Lebensformen im Alter. Welche sozialen Positionen und Rollen ältere Menschen in unserer Gesellschaft einnehmen und welche gesellschaftliche Rolle die Lebensphase Alter einnimmt ist nicht eindeutig bestimmbar (Kolland 2011).

Vor dem Hintergrund der sich ausdifferenzierenden Lebensbedingungen im höheren Alter wurde Lebensqualität zu einem wichtigen Indikator der subjektiven Bewertung von Lebensbedingungen älterer Menschen (Conrad & Riedel-Heller 2016). Der Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland etwa stellt die Lebensqualität als Indikator von positiven Lebensbedingungen im Alter heraus (BMFSFJ 2010). Mit dem demographischen Wandel steigt das Interesse an der empirischen Erfassung der Lebensqualität als Indikator für ein erfolgreiches, positives und aktives Altern (Knesebeck et al. 2007).

Lebensqualität im Alter als „Ausdruck von Lebenschancen, ihrer Realisierung und deren Bewertung“ (Motel-Klingebiel 2001, 193) verweist auf zwei Dimensionen: Das Vorhandensein von Lebenschancen (wie etwa materieller Absicherung oder Gesundheit) und Lebensresultate (wie subjektive Bewertung und Lebensgestaltung durch gesellschaftliche Teilhabe) beziehen sich im selben Maße auf das Konstrukt der Lebensqualität (Motel-Klingebiel et al. 2010). Lebensqualität ist einerseits das Resultat von Verteilung gesellschaftlicher Ressourcen – und steht

damit im Zusammenhang mit Fragen zu sozialer Ungleichheit – und ist gleichzeitig ein Resultat von aktiver Lebensgestaltung im Alter.

Wird die Lebensqualität im Alter im Kontext sozialer Ungleichheit betrachtet, so stellt sich die Frage, inwiefern Muster sozialer Ungleichheit über den Lebenslauf im höheren Alter fortgeschrieben oder verändert werden können. In der alterssoziologischen Forschung werden vier Thesen zur Wirksamkeit von Ungleichheiten im Alter unterschieden: Die Kontinuitätsthese, die Kumulationsthese, die Destrukturierungsthese und die These der Altersbedingtheit. Nach der Kontinuitätsthese wird angenommen, dass soziale Ungleichheiten im höheren Alter unverändert weiter bestehen bleiben, sich also keine grundlegenden Veränderungen im Alter ergeben. Die Kumulationsthese hingegen beschreibt eine erhöhte Wirksamkeit von sozialer Ungleichheit nach dem Erwerbsleben, während mit der Destrukturierungsthese argumentiert wird, dass sich soziale Unterschiede im höheren Alter ausgleichen. Nach der These der Altersbedingtheit ist davon auszugehen, dass im Alter neue Kategorien sozialer Ungleichheit entstehen (Clemens 2008). Werden diese Thesen auf die Lebensqualität im Alter umgelegt, so stellt sich die Frage: Welchen Einfluss nehmen sozialstrukturelle Rahmenbedingungen auf die Lebensqualität im Alter? Und nimmt dieser Einfluss mit steigendem Alter zu (*Kumulation*), ab (*Destrukturierung*), bleibt er konstant (*Kontinuität*) oder formiert sich der Zusammenhang neu (*Altersbedingtheit*)?

Neben den strukturellen Bedingungen der Lebensqualität im Alter ist diese allerdings auch bis ins hohe Alter gestaltbar. Veränderungen in Erleben und Verhalten von Menschen sind bis in das hohe Alter möglich (Amann et al. 2010). Damit rücken „Handlungsstrategien“ (ebd., 204) in den Mittelpunkt, mit denen Lebensqualität im Alter gefördert oder erhalten werden kann: Wer sich beteiligt und aktiv bleibt, wer Teilhabechancen im Alter realisiert – etwa durch Bildung, Ehrenamt oder politisches Engagement – kann die Lebensqualität im Alter erhalten und aufbauen. Aus dieser Perspektive stellt sich die Frage, inwiefern sich Einflüsse der Lebensgestaltung auf die Lebensqualität zeigen und in welcher Beziehung diese zum sozialstrukturellen Rahmen stehen, innerhalb dessen sich Individuen bewegen: Welche Chancen und Möglichkeiten ergeben sich zum Aufbau von Lebensqualität in der nachberuflichen Phase?

Hier soll die vorliegende Arbeit einen Beitrag leisten, indem die Lebensqualität im Alter im Kontext sozialer Ungleichheit einerseits und Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten der Lebensphase Alter andererseits untersucht wird.

Es stehen zwei Fragenkomplexe im Mittelpunkt:

- 1) Wie verändert sich Lebensqualität im höheren Alter? Inwiefern ist Lebensqualität im höheren Alter von sozialstrukturellen Rahmenbedingungen abhängig? Inwiefern ergeben sich Gestaltungsspielräume in der nachberuflichen Phase?
- 2) Wie verändert sich der Einfluss sozialstruktureller Rahmenbedingungen im Prozess des Alterns? Lassen sich dabei Muster der Kumulation, Destrukturierung, Kontinuität oder Altersbedingtheit sozialer Ungleichheit beobachten?

2. Theoretischer Hintergrund

Das folgende Kapitel stellt den theoretischen Hintergrund der empirischen Arbeit dar. Eingangs wird eine begriffliche Annäherung an die „Lebensphase Alter“ (Bakkes & Clemens 2013) vorgenommen. Davon ausgehend werden Konzepte der Lebensqualität erläutert, wobei Lebensqualität vor dem Hintergrund von Lebenslagen im Alter im Kontext sozialer Ungleichheit thematisiert wird. Drittens wird diskutiert, welche Konzepte es zur Analyse und Erklärung von Mustern sozialer Ungleichheit im Alter gibt und wie sich diese auf Fragen der Lebensqualität im Alter beziehen lassen. Dies wird anhand der Theorie der kumulierenden Bevorzugungen/Benachteiligungen besprochen. Abschließend davon wird der Frage nachgegangen, welche Möglichkeiten zum Aufbau von Lebensqualität sich im Alter ergeben und welche Rolle nachberufliche Bildung darin spielt.

2.1. Die Lebensphase Alter

Unter dem Vorzeichen eines demographischen Wandels verändert sich die Altersstruktur der österreichischen Gesellschaft. Das Durchschnittsalter der österreichischen Bevölkerung ist seit 1960 für Männer um 6,3 Jahre, für Frauen um 5,2 Jahre gestiegen. Prognostiziert wird eine weitere Erhöhung des Durchschnittsalters auf 45,4 Jahre (Männer) bzw. 48 Jahre (Frauen) bis 2050 (Statistik Austria 2015a). Das bedeutet, dass ältere Menschen in Zukunft einen größeren Anteil der Gesamtbevölkerung stellen werden.

Die damit einhergehende Pluralisierung von Lebensformen im höheren Alter erschwert eine eindeutige Bestimmung des Alters als sozialwissenschaftliche Kategorie. Dies ist auch dadurch bedingt, dass die kalendarische Abgrenzung des Alters anhand der Lebensjahre in der Forschung zunehmend in den Hintergrund tritt und von funktionaleren Konzepten (etwa anhand gesundheitlicher Veränderungen oder der Unterscheidung in ein drittes und viertes Alter (Höpflinger 2015) abgelöst werden. Trotzdem bestehen gemeinhin gesellschaftlich kollektive Vorstellungen davon, wie Alter definiert werden kann. Hier tritt das Verlassen des Erwerbslebens in den Vordergrund, das trotz zunehmend dynamischer Übergangspfade in eine nachberufliche Phase als zentrale gesell-

schaftliche Zuschreibung zur Lebensphase Alter genannt wird (Backes & Clemens 2013).

Die Bedeutung des Alters als nachberufliche Lebensphase beschreibt auch Tews (1993), der den „Strukturwandel des Alters“ (ebd.) neben der Entberuflichung auch anhand der Kategorien Verjüngung, Feminisierung, Hochaltrigkeit und Singularisierung des Alters bestimmt. Diese Charakterisierung steht in Zusammenhang mit biographischen Verläufen über den gesamten Lebenslauf: Backes (2005) weitet dieses Konzept auf einen „Strukturwandel im Lebens(ver)lauf“ (ebd., S. 350) aus und argumentiert, dass eine steigende Pluralisierung der Lebensformen im Alter durch Veränderungen über den gesamten Lebenslauf (etwa einer Verlängerung der Ausbildungszeit oder steigende Diskontinuitäten in der Erwerbsarbeit) mitbestimmt werden. Trotz dieser steigenden Pluralisierung von Erwerbsverläufen und Übergangsphasen vom Erwerbsleben in die nachberufliche Phase hat die Auffassung der Lebensphase Alter als nachberufliche Lebensphase bis heute große Relevanz (Backes & Clemens 2013).

Zusammengefasst werden diese Überlegungen anhand der Theorie der Lebensphase. Der Verlauf des Lebens wird hier als eine Aneinanderreihung von Phasen interpretiert, die sich unterscheiden und voneinander abgrenzen lassen, innerhalb derer Menschen zwar mit sehr unterschiedlichen Lebens- und Handlungsbedingungen konfrontiert sein können, aber sich durch eine Reihe gleicher sozialer Merkmale bestimmen lassen. Dieser Zugang zur Bestimmung des Alters hat auch zur Folge, dass kalendarische Zuschreibungen des Alters anhand von Altersgruppen in den Hintergrund treten (Backes & Clemens 2013). Lebensphasen sind häufig von bestimmten sozialen Rollen, Selbstkonzepten und Identitätsvorstellungen begleitet und werden durch institutionelle Vorgaben bestimmt. Obwohl die Lebensphase Alter vor diesem Hintergrund auf vielfältige Weise bestimmt werden kann, wird im Rahmen dieser Arbeit die Entberuflichung als zentrales Element angelegt. Der Übergang in den Ruhestand stellt gesellschaftlich eine zentrale Statuspassage dar, die als Beginn der Lebensphase Alter interpretiert wird (Backes & Clemens, 2013).

Wird die Lebensphase Alter nun als nachberufliche Phase konzipiert, zeigt sich, dass sich diese Phase in Österreich durch den demographischen Wandel zeitlich verlängert hat: Die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt hat sich zwischen 1960 und 2013 für Frauen um 11,63 Jahre „verlängert“, für Männer sogar um 13,05 Jahre (Statistik Austria 2015b), während das durchschnittliche Alter bei Antritt einer vorzeitigen Alterspension oder Alterspension nicht im selben Maße steigt (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2015). Dabei wird auch deutlich, dass die Verlängerung der nachberuflichen Phase nicht auf alle Gruppen gleichermaßen zutrifft: Absolventinnen von Pflichtschulen leben durchschnittlich um 2,8 Jahre kürzer als Hochschulabsolventinnen, für Männer beträgt diese Differenz sogar 7 Jahre (Klotz und Asamer 2014). Die Zeitspanne, die in Pension verbracht wird, verschiebt sich damit gleichzeitig ‚nach oben‘ und ‚nach unten‘, weil eine steigende Lebenserwartung einem stagnierenden faktischen Pensionsantrittsalter gegenüber steht. Es lässt sich also eine Verjüngung des Alters (Kolland 2008) beobachten. Andererseits zeigen sich, auch im demographischen Wandel, sozialstrukturelle Effekte: Ungleiche gesellschaftliche Verteilungsformen bestehen bis in das hohe Alter fort und bestimmen mit darüber, wie und auch wie lange die Lebensphase Alter gestaltet werden kann.

Gesellschaftliche Bestimmung erhält die Lebensphase Alter über kulturelle Praktiken, Sinn- und Bedeutungszuschreibungen gegenüber älteren Menschen, die mit normativen Aussagen über das Alter verbunden werden. Saake (2002) weist darauf hin, dass Altern als soziale Konstruktion betrachtet werden kann, deren Produktion über gesellschaftliche Altersbilder stattfindet. Die gesellschaftlichen Vorstellungen vom Altern werden damit von Geburt an kulturell geformt und im Rahmen von Altersdiskursen sozial verhandelt (Kade 2009). Damit kommt es zu allgemeinen und moralischen Aussagesystemen über das Alter selbst, die auch normative Vorstellungen darüber beinhalten, welche Konsequenzen der demographische Wandel nach sich zieht und wie in weiterer Folge das Altern gestaltet werden sollte (Backes et al. 2001). Diese Altersdiskurse bestimmen damit die Gestaltung der Lebensphase Alter mit.

Aktuell sind dabei zwei Aussageformationen über das Alter erkennbar: Eine krisenhafte Beschreibung des demographischen Wandels auf der einen, und die

Betonung eines aktiven Gestaltens des Alterns auf der anderen Seite (Amann und Kolland 2014). Diese beiden Positionen sind nicht gegensätzlich, sondern bedingen und befruchten sich gegenseitig.

Die krisenhafte Beschreibung des demographischen Wandels folgt im Wesentlichen einem „Belastungsdiskurs“ (Amann und Kolland 2014, S. 12), in dem der demographische Wandel und die damit verbundene steigende Zahl älterer Menschen als problematisch eingeschätzt wird und zu Versorgungsengpässen führt (Backes et al, 2001). Daraus ergibt sich einerseits die Forderung nach politischen Interventionen, etwa einer Erhöhung des Pensionsantrittsalters oder stärkere Fokussierung auf Privatversicherungen, andererseits auch nach einer stärkeren Selbstverantwortung und Vorsorge durch ältere Menschen selbst: Die neue Lebensphase Alter will von jedem einzelnen individuell gestaltet und geplant werden (Amann und Kolland 2014). Theoretisch werden diese Positionen unter anderem von der Aktivitätstheorie (Havighurst 1961) thematisiert. Politisch setzt hier auch das Konzept des „Aktiven Alterns“ (WHO 2002), an, das davon ausgeht, dass das Alter eine aktive Lebensphase ist und Aktivität im Alter sowohl Lebensqualität als auch Lebenszufriedenheit positiv beeinflusst. Gleichzeitig ergibt sich durch die einseitige Betonung von aktiver Gestaltung des Alters auch die Gefahr, jene zu stigmatisieren, die durch mangelnde Ressourcen nicht die Möglichkeit haben, die Lebensphase Alter aktiv zu gestalten (Köster 2012). Dies ist auch deswegen relevant, weil soziale Ungleichheiten Lebensperspektiven und Lebensqualität in der Lebensphase Alter erheblich beeinflussen (Rüßler et al 2013).

Zusammenfassend wird deutlich, dass die Lebensphase Alter als Kategorie sozialwissenschaftlicher Forschung nicht eindeutig bestimmt ist. Trotzdem lässt sich die Entberuflichung als ein mögliches Strukturprinzip der Lebensphase Alter erkennen. Die Lebensphase Alter wird damit im Rahmen dieser Arbeit als nachberufliche Phase konzipiert. Trotz der variablen Zuschreibungen der Kategorie Alter wird allerdings auch ersichtlich, dass anhand von Altersdiskursen gesellschaftlich geteilte, normative Vorstellungen über die Verhandlung des demographischen Wandels und des Alters als Lebensphase bestehen. Diese sind

durch die Problematisierung des demographischen Wandels bei gleichzeitiger Betonung eines selbstverantwortlichen, aktiven Alterns gekennzeichnet.

2.2. Lebensqualität und Lebenslagen im Alter

Mit der Bestrebung aktives Altern zu fördern hat sich die Lebensqualität als wichtiger Indikator für ein gelungenes Leben in der nachberuflichen Phase etabliert (von dem Knesebeck et al 2007). Besonders wenn in der nachberuflichen Phase ökonomische Faktoren zur Bestimmung eines guten Lebens in den Hintergrund rücken, wird die Lebensqualität ein wichtiger Bezugspunkt in der Diskussion von Lebenslagen im Alter (Amann et al. 2010). In der Gerontologie ist die Lebensqualität damit Leitkonstrukt in der grundlagen- und anwendungsorientierten Forschung geworden (Kruse 2003), obwohl bis heute weder eine einheitliche Definition noch Einigkeit über die angemessene Operationalisierung des Konstrukts besteht (Conrad & Riedel-Heller 2016).

Lebensqualität als Gegenstand empirischer Forschung wird als multidimensionales Konstrukt interpretiert das sowohl subjektive Wahrnehmungen, Befindlichkeiten und Bewertungen als auch objektive Potenziale und Ressourcen vereint (Kruse 2003). Sie beinhaltet damit materielle und immaterielle, objektive und subjektive sowie individuelle und kollektive Komponenten (Noll 2000). Lebensqualität wird als „Ausdruck von Lebenschancen, ihrer Realisierung und deren Bewertung“ (Motel-Klingebiel 2001, S. 193) interpretiert. Sie konstituiert sich aus subjektivem Wohlbefinden und objektiven Lebensbedingungen (Neise und Zank 2016). Trotz der Vielzahl von Konzepten und Kompetenzen der Lebensqualität identifizierte Noll (2000) drei zentrale Bezugspunkte, die den meisten Definitionen von Lebensqualität gemein sind: Erstens geht die Lebensqualität über den bloßen Lebensstandard (also die materielle Komponente des Lebens) hinaus. Zweitens bezeichnet Lebensqualität sowohl den objektiven Zustand als auch die subjektive Befindlichkeit. Damit kann Lebensqualität drittens sowohl zur Beschreibung von Individuen als auch von Gesellschaften herangezogen werden: Die Lebensqualität als Kriterium für ein gutes Leben auf der Ebene des Individuums findet innerhalb von Gesellschaft statt und ist damit auch auf das gesellschaftliche Ganze bezogen. Diese allgemeinen Definitionen zielen

darauf ab, strukturelle und individuelle Aspekte der Lebensqualität zu vereinen, auch, wenn diese sowohl in der theoretischen Grundlage als auch in der methodischen Umsetzung erhebliche Unterschiede aufweisen.

In der Forschungspraxis differenzieren sich zwei Stränge der Diskussion: Der skandinavische Level-of-Living-Ansatz steht einer amerikanischen Quality-of-Life-Perspektive gegenüber. Der Unterschied dieser beide Konzepte liegt darin begründet, ob subjektive oder objektive Kriterien zur Untersuchung der Lebensqualität herangezogen werden und damit ein eher ressourcenorientiertes oder wahrnehmungsorientiertes Konzept der Lebensqualität verfolgen. Während der Level-of-Living-Ansatz einen strukturellen Ansatz verfolgt und damit die Ressourcen betont, die die Basis der Lebensqualität bilden, herrscht in der Quality-of-Life-Perspektive ein konstruktivistisches Paradigma vor: Lebensqualität entsteht hier durch subjektive Interpretations- und Bewertungsprozesse auf individueller Ebene (Neise und Zank 2016; Noll 2000).

Auch in der Altersforschung wird Lebensqualität aus unterschiedlichen Perspektiven bearbeitet, wobei sich auch hier ressourcen- gegenüber individuumszentrierten Konzepten identifizieren lassen: Die Ansätze variieren danach, ob die subjektive Bewertung oder die strukturellen Rahmenbedingungen der Lebensqualität älterer Menschen im Fokus stehen. Stärker individuumsbezogene Ansätze der sozialpsychologischen Gerontologie interpretieren Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden als ein Ergebnis erfolgreichen Alterns, das sich etwa durch Anpassung an altersbedingte Veränderungen und stärker aus der subjektiven Bewertung älterer Menschen heraus beobachten lässt. Aus dieser Perspektive entsteht Lebensqualität durch subjektives Erleben der Lebensphase Alter und der erfolgreichen Bewältigung lebensphasenspezifischer Entwicklungsaufgaben. Im Gegensatz dazu betonen stärker ökologische Ansätze die soziale und kulturelle Umwelt, in denen ältere Menschen leben und vor deren Hintergrund sie ihre Lebensqualität bewerten (Conrad & Riedel Heller 2016). Gemein haben diese Ansätze den Versuch, lebensphasenspezifische Elemente der Lebensqualität der Lebensphase Alter herauszuarbeiten. Ausgegangen wird dabei meist von bestimmten Facetten der Lebensqualität, die im

höheren Alter eine stärkere Bedeutung gewinnen (Neisl & Zank 2016, von dem Knesebeck et al. 2007).

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Einflussfaktoren auf die Lebensqualität im Alter und der Veränderung der Relevanz dieser Faktoren im Verlauf der Zeit. Als Einflussfaktoren werden einerseits sozialstrukturelle Aspekte und andererseits die Teilnahme an nachberuflicher Bildung, Ehrenamt und politisches Engagement untersucht. So eine Fragestellung verlangt nach einem theoretischen Konzept, das sozialstrukturelle Aspekte der Lebensqualität diskutiert und in diesem Kontext auch Handlungsstrategien erörtert, mit dem Lebensqualität innerhalb des sozialstrukturellen Rahmens aufgebaut werden kann.

Eine Möglichkeit der konzeptionellen Integration von objektiven und subjektiven Elementen der Lebensqualität stellt das Lebenslagenkonzept dar. Amann et al. (2010) etwa sehen die materielle Absicherung als Voraussetzung für Lebensqualität im Alter und diskutieren gleichzeitig auch „Handlungsstrategien“ (ebd., S. 83), die eingesetzt werden können, um erfolgreich zu handeln und Lebensqualität aufzubauen. Lebensqualität im Alter wird damit vor dem Hintergrund von „Lebenslagen“ (Amann 2000, 57) älterer Menschen interpretiert. Das Konzept der Lebenslagen findet Anwendung häufig in der sozialstrukturellen Altersforschung, um objektive, strukturelle Verteilungs- und Abhängigkeitsformen und subjektiven, individuellen Deutungs- und Interpretationsmustern zusammen zu bringen. Soziale Strukturen werden vor dem Hintergrund der Lebenslagen sowohl Produkt, als auch Ausgangspunkt menschlichen Handelns interpretiert (Backes und Clemens 2013).

Mit dem Begriff der Lebenslage wird in der sozialwissenschaftlichen Altersforschung versucht, ein Konzept zur Analyse der Lebenswelten älterer Menschen vorzulegen, das ökonomische, nicht-ökonomische und immaterielle Dimensionen berücksichtigt. Die Stellung im sozialen Gefüge einer Person ist nicht ohne ihr subjektives Empfinden interpretierbar. Lebenslagen von älteren Menschen entwickeln sich über den gesamten Lebenslauf in Abhängigkeit von kognitiven Deutungs- und Interpretationsmustern und äußeren Rahmenbedingungen. Damit geht es neben objektiven Bedingungen von Lebenslagen im Alter (wie Einkom-

men oder Bildung) auch um subjektive Elemente der Wahrnehmung (wie wahrgenommene Chancen und Spielräume oder subjektives Wohlbefinden): „Lebenslage wird somit zu einem Geflecht von objektiven und subjektiven, materiellen und immateriellen Faktoren, das durch lebenslang entsprechend differenzierte Einflussfaktoren geprägt ist“ (Backes und Clemens 2013, S. 174). Lebenslagen können somit verstanden werden als

„historisch entstandene und sich entwickelnden Strukturbeziehungen, die sich aus den äußeren Lebensbedingungen ergeben, die Menschen im Ablauf ihres Lebens vorfinden, sowie die mit diesen äußeren Bedingungen in wechselseitiger Abhängigkeit sich entwickelnden individuellen Wahrnehmungen, Deutungen und Handlungen, die diese Menschen hervorbringen.“ (Amann 2000, S. 57-58).

Kern des Konzepts ist das Verhältnis zwischen sozialer Struktur und sozialem Handeln, zwischen „Verhältnissen“ und „Verhalten“ (ebd., S. 57). Das Lebenslagenkonzept beschäftigt sich damit mit Formen der gesellschaftlichen Verteilung von Ressourcen auf struktureller Ebene, gleichzeitig auch mit den Handlungsspielräumen, die sich innerhalb dieser strukturellen Verhältnisse ergeben und wie diese durch Handeln und Interpretation innerhalb von „strukturierte[n] Wahlmöglichkeiten“ (ebd.) und „Dispositionsspielräume[n]“ von Individuen gestaltet werden können. Empirisch geht es darum, einerseits äußere Bedingungen der sozialen Lage älterer Menschen zu erfassen, andererseits ihre Handlungs-, Erlebens- und Erfahrungsbezüge mit Bezug auf die äußeren Bedingungen hin zu untersuchen und zu interpretieren (Amann 2000).

Der Begriff der Handlungsspielräume verweist dabei auf individuelle und subjektive Muster der Interessensbefriedigung und -entfaltung, die gesellschaftlich bedingt werden. Entwicklungs- und Handlungsmöglichkeiten der Individuen sind gestaltbar, allerdings durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen vorstrukturiert. Die soziale Lage eines Menschen lässt sich damit nicht ohne das individuelle Erleben ebendieser Lage erklären – analysiert werden Handlungsspielräume in ihren lebenslagenspezifischen Grenzen. Es geht dabei also um die Analyse von materiellen und immateriellen Formen der Versorgung. Analysiert werden neben Einkommen und Wohnformen auch immaterielle Aspekte wie familiäre Beziehungen, soziale Netzwerke oder gesundheitliche Dispositionen im

Kontext sozialer Ungleichheit (Backes und Clemens 2000). Menschen werden also durch ihre Position in der sozialen Struktur in bestimmte Handlungsräume versetzt, die ihre Erfahrungs- und Handlungsmöglichkeiten beeinflussen – gleichzeitig besteht die Möglichkeit, innerhalb dieser Handlungsräume die individuelle Lebenslage zu gestalten, zu formen und zu verändern.

Lebensqualität im Alter bedeutet in diesem Kontext, dass die Lebenslagen älterer Menschen von sozialstrukturellen Rahmenbedingungen über den Lebenslauf bestimmt werden, allerdings gleichzeitig eine positive Beeinflussung der Lebensqualität durch aktive Teilhabe in der nachberuflichen Phase möglich ist. Sozialstrukturelle Rahmenbedingungen zeichnen die Lebensqualität im Alter mit: Wer das ganze Leben über von vorteilhaften sozialen Lebensumständen profitieren konnte, wird auch im Alter eine hohe Lebensqualität aufweisen. Gleichzeitig ist die Lebensqualität im Alter Handlungs- und Entwicklungsmöglichkeiten gegeben und damit gestaltbar: So kann etwa, durch Bildung oder Ehrenamt, Lebensqualität im Alter aufgebaut werden (Amann et al. 2010).

Im Rahmen dieser Arbeit bedeutet das, dass die Lebensqualität im Alter vor dem Hintergrund sozialstruktureller Rahmenbedingungen interpretiert wird: Der sozio-ökonomische Status wird als wichtiger Einflussfaktor auf die Lebensqualität untersucht. Gleichzeitig können sich in der nachberuflichen Phase durch soziale Teilhabe und Engagement im Sinne eines „aktiven Alterns“ (WHO 2002, S. 12) Handlungsräume eröffnen, die dazu beitragen können, Lebensqualität in der nachberuflichen Phase aufzubauen und zu stärken. Neben sozialstrukturellen Rahmenbedingungen wurden auch diese „Handlungsstrategien“ (Amann et al. 2010, S. 83) in ihrem Einfluss auf die Lebensqualität im Alter untersucht,.

2.3. Kumulation, Kontinuität und Destrukturierung sozialer Ungleichheit

Durch das Konzept der Lebenslagen wurde deutlich, dass sozialstrukturelle Rahmenbedingungen die Grundlage für Lebensqualität im Alter schaffen und gleichzeitig Handlungsspielräume bestehen, um Lebensqualität im Alter aufzubauen. Im Rahmen dieser Arbeit wird der Einfluss dieser beiden Faktoren auf die Lebensqualität in der nachberuflichen Phase empirisch untersucht. Gleichzeitig

wird auch der Frage nachgegangen, wie sich der Einfluss dieser beiden Faktoren auf die Lebensqualität mit dem Alter verändern. Theoretisch stellt sich dabei die Frage, wie der Einfluss von sozialer Ungleichheit auf die Lebensqualität aus einer Zeitperspektive heraus betrachtet werden kann. Diese Perspektive wurde in der alterssoziologischen Forschung in unterschiedlichen Konzepten integriert, etwa anhand von Lebenslauf-, Kohorten-, oder Generationenansätzen (Kottmann 2008). Dabei wird versucht, die Spezifik des Alterns entweder aus einer biographischen oder kultursoziologischen Richtung zu bearbeiten. Alternativ dazu werden Statusübergänge, speziell im beruflichen Kontext, untersucht, um zeitliche Veränderungen sozialer Ungleichheit betrachten zu können. Angenommen wird, dass aufgrund von unterschiedlichen Erwerbsverläufen über den gesamten Lebenslauf auch Unterschiede in der Lebenssituation von Personen in der nachberuflichen Phase gegeben sind. Ungleichheitspositionen in der nachberuflichen Phase stehen aus der Perspektive dieser Ansätze in direktem Zusammenhang mit Ungleichheiten über den Lebenslauf und können direkt aus diesen abgeleitet werden (Motel-Klingebiel 2001).

Generell lassen sich zur Frage der unterschiedlichen Wirksamkeit von sozialen Ungleichheiten nach dem Erwerbsleben vier Thesen unterscheiden: Die Kontinuitätsthese, die Kumulationsthese, die Destrukturierungsthese und die These der Altersbedingtheit. Nach der Kontinuitätsthese wird angenommen, dass soziale Ungleichheiten nach dem Erwerbsleben unverändert weiter bestehen bleiben, sich also keine grundlegenden Veränderungen in der nachberuflichen Phase ergeben. Die Kumulationsthese hingegen beschreibt eine erhöhte Wirksamkeit von sozialer Ungleichheit nach dem Erwerbsleben, es kommt zu einer Polarisierung sozialer Gruppen, während mit der Destrukturierungsthese argumentiert werden kann, dass sich soziale Unterschiede im höheren Alter ausgleichen. Nach der These der Altersbedingtheit ist davon auszugehen, dass im Alter neue Kategorien sozialer Ungleichheit entstehen (Clemens 2008).

In der Altersforschung werden diese Thesen vor dem Hintergrund von kumulierenden Benachteiligungen oder Bevorzugungen im Lebenslauf aus unterschiedlichen Blickwinkeln diskutiert. Dementsprechend findet sich eine Vielzahl von Begrifflichkeiten: Ferraro und Kelley-Moore (2003) sprechen von

„Cumulative Disadvantage“, während Willson et al. (2007) „Cumulative Advantage“ betonen. Dannefer (2003) vereint die Blickweisen, indem er von „Cumulative Advantage/Disadvantage“ spricht. Auch eine „Cumulative Inequality Theory“ (Ferraro et al. 2009) findet sich in der Literatur. Gemeinsam ist diesen Perspektiven, dass sie versuchen, Zeitlichkeit in einer Theorie sozialer Ungleichheit zu integrieren und Veränderungen und Kontinuitäten sozialer Stratifikation im Lebenslauf zu beschreiben. Generell wird zwischen zwei Erklärungsansätzen unterschieden: Während die Forschung in der Lebenslaufperspektive den Fokus auf biologische und soziale Kräfte legt, die Gesellschaften über die Zeit differenzieren, betont die Cumulative Advantage Theory (CAT) Ungleichheitsmuster im Lebenslauf, die sich im höheren Alter verstärken und verdichten (Ferraro und Kelley-Moore 2003). Demzufolge steht in der Lebenslaufperspektive die Heterogenität des Alters als Untersuchungsgegenstand im Vordergrund, während sich Forschungen aus der Perspektive der CAT auf eine Verschärfung und Polarisierung der Lage sozialer Randgruppen nach dem Erwerbsleben fokussieren (O’Rand 1996). Im Fokus dieser Arbeit steht soziale Ungleichheiten im Kontext von Lebensqualität im Alter, die folgenden Ausführungen beziehen sich deshalb auf die CAT.

Zentral ist die Idee, dass „the advantage of one individual or group over another grows (i.e. accumulates) over time, which is often taken to mean that the inequality of this advantage grows over time“ (DiPrete und Eirich 2006, S. 272). Wichtig wird die Vorstellung von Bewegungs- oder Entwicklungsbahnen im Lebenslauf, in dem früh erlebte Benachteiligungen im späteren Leben eine größere Wirkung entfalten. Die Effekte von unterschiedlichen Mustern sozialer Benachteiligung entfalten nicht nur eine kurzfristige Wirkung (etwa im Rahmen von Ausbildungsmöglichkeiten, Berufswahl oder Stereotypisierungen im Alltag), sondern bringen auch Langzeiteffekte mit sich, die vor allem im höheren Alter wirksam werden (Ferraro und Kelley-Moore 2003). Die Betonung der Zeit als Faktor in Veränderungen sozialer Ungleichheit bedeutet allerdings nicht, dass diese sich aufgrund eines biologischen Determinismus verändern. Nicht nur individuelle Entscheidungen über den Lebenslauf, sondern auch institutionelle Rahmenbedingungen spielen eine Rolle, wie die gesellschaftliche Ressourcen verteilt werden. Neben einer zeitlichen Entwicklung sozialer Positionierung geht es

damit auch um die strukturelle Ebene, die Ungleichheitsmuster über den gesamten Lebenslauf mitzeichnet, mit O'Rand (1996) beschreibt die CAT „structured and temporal factors (...) producing inequality over time“ (ebd., 231). „Cumulative advantage/disadvantage can be defined as the systemic tendency for the interindividual divergence in a given characteristic (e.g., money, health or status) with the passage of time“ (Dannefer 2003, S. 327). Die „systemic tendency“ (ebd.) beschreibt dabei, dass sich die soziale Position eines Individuums nicht linear von der Geburt an fortschreibt, sondern in ein System von sozialen Determinanten wie der Verteilung von Einkommen über den Arbeitsmarkt oder die unterschiedliche Teilnahme von Individuen am Bildungssystem einbettet. Der Begriff der „interindividual divergence“ (ebd.) verweist darauf, dass sich die Theorie der kumulierenden Benachteiligungen nicht auf Individuen, sondern auf Kollektive wie Kohorten oder Generationen aber auch Personen unterschiedlicher Bildungsniveaus bezieht (Dannefer 2003).

Die Muster sozialer Ungleichheit zwischen und innerhalb von Kohorten oder Generationen in einer Gesellschaft entstehen in der Schnittstelle zwischen institutionellen Verteilungsmustern und individuellen Entscheidungen und versteigen sich im Zeitverlauf. Eine entscheidende Rolle in der Entstehung dieser Verteilungsmuster haben sowohl der Markt, als auch der Staat als zentrale gesellschaftliche Allokationsinstitutionen: „What is valued, protected, or rewarded over the life course (...) is regulated by interrelated institutional arrangements stemming from the market and the state that constitute the systemic determinants of inequality.“ (ebd., S. 230). Soziale Ungleichheit wird nicht nur vom Hintergrund der individuellen Lebensführung, sondern vor allem als Resultat von systematischen Verteilungsprozessen über politische und wirtschaftliche Mechanismen bestimmt. Soziale Ungleichheit wird verstanden als:

„Thus, the inequality of aged populations is not an instantaneous phenomenon, nor is it the simple averaged culmination of life decisions made by individuals living in identical social circumstances over time; rather, inequality is a product (interaction) of institutional arrangements and aggregated individual actions over time“ (ebd., S. 232)

Soziale Ungleichheit ist sich in diesem Zusammenhang als stabiles Muster der Verteilung von gesellschaftlichen Ressourcen, die über den Lebenslauf hinweg

einer konsistenten Systematik folgen. Individuen finden im Rahmen der Sozialisation Rahmenbedingungen sozialer Positionierung vor, die wesentlich durch die soziale Position der Eltern beeinflusst werden. Diese Rahmenbedingungen werden im Laufe des Lebens institutionell beeinflusst, indem sie etwa vom Ausbildungs- oder Beschäftigungssystem in unterschiedlicher Weise aufgenommen und positiv oder negativ verstärkt werden. Durch die unterschiedliche Stellung am Arbeitsmarkt wiederum ergeben sich für die nachberufliche Phase unterschiedliche Ansprüche auf Sozialleistungen, die wesentlich zu Stuserhalt oder -verlust nach dem Erwerbsleben beitragen. Damit kommt es in der nachberuflichen Phase zu einer Verschärfung sozialer Positionen für Randgruppen (sowohl in hohen, als auch in niedrigen Einkommensklassen). Gleichzeitig zeigen sich auch Muster des Stuserhalts für eine Mittelklasse (O'Rand 1996).

Wird nun im Rahmen dieser Arbeit die Lebensqualität im Alter vor dem Hintergrund der CAT betrachtet, kann davon ausgegangen werden, dass soziale Ungleichheiten im Bezug auf die Lebensqualität mit steigendem Alter zunehmen. Bezogen auf die Untersuchung von Einflussfaktoren auf die Lebensqualität müsste sich so eine steigende Relevanz der sozialstrukturellen Faktoren zeigen. Neben den sozialstrukturellen Rahmenbedingungen wurde im vorigen Kapitel ausgeführt, dass auch Dispositionsspielräume die Lebensqualität im Alter beeinflussen können. Lebensqualität ist nicht nur sozialstrukturell vorbestimmt, sondern auch von Handlungen der Individuen abhängig. Wie wird diese Perspektive von AutorInnen der CAT diskutiert?

In der CAT wird betont, dass lineare Ursache-Wirkungszusammenhänge zwischen sozialer Benachteiligung über den Lebenslauf und Polarisierung in der Nacherwerbsphase zwar möglich sind, allerdings nicht zwingend auftreten müssen. Benachteiligungen über den Lebenslauf können auch nach dem Erwerbsleben abgeschwächt werden. In Bezug auf die Entwicklung des Gesundheitszustandes und Krankheitsrisikos unterschiedlicher Gruppen im höheren Alter etwa werden zwei Mechanismen unterschieden, die den Effekt von Benachteiligungen verringern können: Die Beseitigung von Risikofaktoren auf der einen und ausgleichenden Mechanismen auf der anderen Seite. Mit ausgleichenden Mechanismen („countervailing mechanisms“ (Ferraro und Kelley-Morre 2003, S. 3))

werden Umstände bezeichnet, die Ausgangspunkt für Veränderungen in Umgang mit Risikofaktoren sein könnten. Der Risikofaktor bleibt dabei präsent und wird nicht eliminiert. Allerdings wird dessen Effekt durch Ausgleichsmechanismen abgeschwächt. Für ein erhöhtes Krankheitsrisiko, etwa durch genetische Faktoren, könnte das bedeuten, dass dieses durch eine gesunde Lebensführung ausgeglichen werden könnte (Ferraro und Kelley-Morre 2003). Komplexer ist dies bei sozialstrukturellen Zusammenhängen, die eine Differenzierung von Mechanismen und Ausgleichsmechanismen erschweren. Die CAT erkennt damit an, dass Lebenslagen bis ins höhere Alter gestaltet und beeinflusst werden können, obwohl angenommen wird, dass sich soziale Ungleichheiten in dieser Lebensphase verschärfen.

2.4. Nachberufliche Bildung und Lebensqualität

In den vorangegangenen Kapiteln wurde der Einfluss der sozialen Lage auf die Lebensqualität im Alter diskutiert. Diese bildet im Lebenslagen-Konzept den Rahmen, vor dessen Hintergrund Lebensqualität in der nachberuflichen Phase innerhalb von Handlungsspielräumen aufgebaut und gestärkt werden kann. Mit der CAT wird davon ausgegangen, dass sich der Einfluss der sozialen Lage auf die Lebensqualität im höheren Alter verschärft, dieser Kumulation allerdings durch ausgleichende Mechanismen entgegen gewirkt werden kann. Wie könnten solche ausgleichenden Mechanismen nun in der nachberuflichen Phase aussehen?

In diesem Zusammenhang wird das Konzept „Aktiv Altern“ wichtig, wie es 2002 von der WHO veröffentlicht wurde. Ziel ist es, die Lebensqualität im höheren Alter zu wahren und die soziale Teilhabe älterer Menschen am gesellschaftlichen Leben zu stärken. „Aktiv“ meint in diesem Zusammenhang die andauernde Teilnahme älterer Menschen am sozialen und kulturellen Leben mit dem Ziel, Selbstständigkeit und Autonomie aufrecht zu erhalten und zu stärken (WHO 2002). Theoretische Grundlage für dieses Programm bieten gerontologische Ansätze, die die Entwicklungsfähigkeit älterer Menschen in den Vordergrund stellen. Havighurst (1952) etwa weist darauf hin, dass Entwicklungs- und Lernbedürfnisse über das ganze Leben hinweg bestehen. Aktives Altern bedeutet vor diesem Hintergrund eine individuelle Auseinandersetzung mit Entwicklungsbedürfnissen. Soziale Umwelten schaffen die Bedingungen für diese Auseinandersetzung. Für Havighurst (1980) ist lebenslanges Lernen damit für Lebensqualität und -zufriedenheit im Alter zentral.

Eine wesentliche Voraussetzung für aktives Altern stellen Lern- und Bildungsprozesse in der nachberuflichen Phase dar (Kolland 2011). Dies wird häufig unter dem Begriff des „Lebenslangen Lernens“ (Europäische Kommission 2001, S. 9) zusammengefasst. Im lebenslangen Lernen ist Lernen und Bildung sowohl zeitlich als auch räumlich entgrenzt: Die Europäische Kommission nennt formales, non-formales und informelles Lernen als grundlegend für ein „lebensumspannendes Lernen“ (ebd., S. 34). Es wird nicht nur in Bildungsinstitutionen, sondern

auch im Alltag gelernt. In einer zeitlichen Perspektive geht die Europäische Kommission von einem Lernkontinuum aus, das nicht lebensphasen- oder altersspezifisch ist. Lebenslanges Lernen findet auch nach der Ausbildungsphase im jüngeren Erwachsenenalter statt und endet auch nicht mit dem Ausstieg aus dem Erwerbsleben. Menschen sind über ihre gesamte Lebensspanne mit Herausforderungen konfrontiert, denen mit Lernen begegnet werden kann (Ehlers 2010). In der nachberuflichen Phase liegt lebenslangem Lernen häufig weiterer Bildungsbegriff zu Grunde als in jüngeren Jahren (Kruse 2009). Statt Verwertbarkeit am Arbeitsmarkt zielt nachberufliche Bildung auf Teilhabe und Partizipation im Alter ab und ist deswegen häufig weniger instrumentell-intrinsisch, sondern kulturell-extrinsisch motiviert. Gelernt wird nicht nur in organisierten Formen, sondern auch in informellen und non-formalen Kontexten (Bubolz-Lutz et al. 2010).

Bildung in der nachberuflichen Phase stellt ein zentrales Element der sozialen Inklusion im Alter dar (Kolland 2008) und wird auch als Strategie verstanden, um sozialen Ungleichheiten im Lebenslauf in der nachberuflichen Phase entgegen zu wirken (Ehlers 2010). Sie zielt damit nicht auf ökonomische Verwertbarkeit, sondern auf Emanzipation, Teilhabe und Selbstständigkeit (Köster 2012). Diese Intention findet sich auch im österreichischen Kontext. So wird in der Strategie zum lebenslangen Lernen in Österreich festgestellt, dass lebenslanges Lernen Personen in der nachberuflichen Phase „persönliche Weiterbildung, die Aktualisierung ihrer Alltagskompetenzen, verantwortungsvolle Gesundheitsprävention, soziale Integration und gesellschaftliche Mitwirkung“ (Republik Österreich 2011) ermöglicht. Ziel ist das Sichtbar- und Nutzbarmachen von Kompetenzen, persönliche Entwicklung und gesteigerte Selbstverantwortung. Der erweiterte Bildungsbegriff, der nachberuflicher Bildung häufig zu Grunde liegt, nähert sich damit auch dem Konzept der Partizipation an. Schultze (1995) definiert normative Partizipation als alle Aktivitäten, die gesellschaftliche Teilhabe von unterschiedlichen sozialen Gruppen ermöglichen und aufrecht erhalten. Davon unterscheidet er einen instrumentellen Partizipationsbegriff, der dezidiert auf die Beeinflussung von politischen Entscheidungen durch gesellschaftliches Engagement zielt.

Diese Arbeit geht davon aus, dass Bildungs- und Teilhabereformen im Alter einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität in der nachberuflichen Phase haben und

so dem Einfluss der sozialstrukturellen Rahmenbedingungen gegenüber stehen. Sie werden – also Gegensatz zum sozialstrukturellen Rahmen – als „Handlungsstrategien“ (Amann et al. 2010, S. 83) oder ausgleichende Mechanismen verstanden, um Benachteiligungen, die sich negativ auf die Lebensqualität im Alter auswirken, auszugleichen. Dabei wird ein breiter Bildungsbegriff angelegt, der alle Aktivitäten einschließt, die auf soziale Integration und gesellschaftliche Teilhabe abzielen.

Kritisch ist dabei anzumerken, dass durch die politische Betonung des aktiven Alterns und Bildung im Alter auch normative Altersbilder entstehen, denen nicht allen Menschen im selben Maße folgen können (Köster 2012). Das Konzept des aktiven Alterns setzt bereits ein gestaltungsfähiges Individuum voraus und betont nicht nur die Gestaltungsfähigkeit der Lebensphase Alter, sondern potenziell auch eine Gestaltungsnotwendigkeit (Kolland 2014). Zudem zeigt sich, dass die Teilnahme an Bildungsaktivitäten in der nachberuflichen Phase selektiv und von der Bildungsbiographie abhängig ist. So stellt die Bildungsbiographie einen zentralen Prädiktor für die Bildungsteilnahme in der nachberuflichen Phase dar (Whitnall 2010). Dieser Umstand wird unter dem Begriff der „sozialen Selektivität“ (Bremer 2014, S. 191) zusammengefasst. Dieser beschreibt, dass Personen in unterschiedlichen sozialen Positionen auch unterschiedliche Chancen haben an schulischer, beruflicher oder nachberuflicher Bildung teilzunehmen (Bremer 2014). Diese selektiven Mechanismen sind im gesamten Lebenslauf erkennbar und führen in der Erwachsenenbildung zu einer „doppelten Selektivität“ (Faulstich 2003, S. 39): Ungleiche Teilhabechancen an Primärausbildung werden durch Erwachsenenbildung selten ausgeglichen, sondern tendenziell verstärkt, indem bereits bildungsprivilegierte Gruppen vermehrt daran teilnehmen. Diese Selektivität des Bildungswesens findet ihren Ausdruck über stabile Muster und Kontinuität von Bildungsdispositionen, die sich im gesamten Lebenslauf beobachten lassen (Bremer 2007). Bildung im Alter könnte damit auch potentiell eine Polarisierung von Lebenslagen in der nachberuflichen Phase verstärken, indem jene Personen verstärkt teilnehmen, die bereits einen höheren sozialen Status oder eine positiv besetzte Bildungsbiographie aufweisen.

3. Forschungsstand

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Einflussfaktoren und Gestaltungsmöglichkeiten der Lebensqualität im Alter. Theoretisch wurde dargelegt, dass die Lebensqualität vor dem Hintergrund des Lebenslagen-Konzepts untersucht wird: Sozialstrukturelle Einflussfaktoren werden als Determinanten der Lebensqualität in der nachberuflichen Phase ebenso berücksichtigt, wie „Handlungsstrategien“ (Amann et al. 2010, S. 83), wie nachberufliche Bildung und Partizipation, die unterstützend für die Lebensqualität wirken können. Ausgehend davon wird der Frage gestellt, wie sich diese Einflüsse auf die Lebensqualität im Prozess des Alterns verändern. Besonderer Fokus liegt dabei auf dem Einfluss der sozialstrukturellen Rahmenbedingungen: Lässt sich eine Kumulation, Kontinuität, Destrukturierung oder Altersbedingtheit sozialer Ungleichheit beobachten? Abschließend wird diskutiert, welchen Stellenwert nachberufliche Bildung im Bezug auf die Lebensqualität einnimmt. Im Folgenden ist der aktuelle Stand der empirischen Forschung im Bezug auf die Fragestellungen dargestellt. Entsprechend der Fragestellung gliedert sich dieser in drei Teile: Ausprägungen, Veränderungen und Determinanten der Lebensqualität im Alter, Kontinuität, Kumulation und Destrukturierung sozialer Ungleichheit in der nachberuflichen Phase und Wirkungs- und Teilnahmeforschung nachberuflicher Bildung.

3.1. Einflussfaktoren auf die Lebensqualität im Alter

Die Lebensqualität älterer Menschen in Österreich wurde in den letzten Jahren in zwei repräsentativen Befragungen erhoben: Der Gesundheitsbefragung (2006/07 sowie 2014) (Klimont und Baldaszi 2015) und der von Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz in Auftrag gegebene Studie „Lebensqualität im Alter“ (Völkl 2010), die vom Institut für empirische Sozialforschung durchgeführt wurde.

In der Befragung des Instituts für empirische Sozialforschung wurden 800 Personen über 60 Jahre in Österreich befragt. Die Stichprobe ist repräsentativ für die österreichische Bevölkerung ab 60 Jahren. Lebenszufriedenheit und Lebensqualität wurden in der Befragung anhand von 10 Teilbereichen (etwa die

Zufriedenheit mit der Wohnsituation, Freunden/Bekanntschäften oder der körperlichen Leistungsfähigkeit) erhoben. Zusätzlich wurden zwei Dimensionen zur allgemeinen subjektiven Lebensqualität (Zufriedenheit mit dem Leben allgemein und persönliches Wohlbefinden) untersucht. Über die Hälfte der Befragten (55%) gibt an, sehr zufrieden mit dem Leben im Allgemeinen zu sein, 39% sind eher zufrieden. Insgesamt 6% der Befragten sind entweder weniger oder gar nicht mit ihrem Leben zufrieden. Auch das persönliche Wohlbefinden wird ähnlich hoch bewertet: 41% zeigen sich sehr, 46% eher zufrieden mit ihrem persönlichen Wohlbefinden. Insgesamt 12% sind wenig bis gar nicht zufrieden (1% keine Angabe). Damit zeigen sich Über-60-Jährige in Österreich größtenteils mit ihrer Lebenssituation zufrieden. In den jeweiligen Dimensionen der Lebensqualität finden sich weder Unterschiede zwischen Geschlechtern, noch zwischen Altersgruppen (60-75-Jährige in 5-Jahresgruppen). Allerdings sind jene, die eine niedrige Einschätzung der subjektiven Lebenszufriedenheit angeben häufig Frauen, Personen über 75 Jahren, Personen mit monatlichen Haushaltseinkommen unter 1.300 Euro und gesundheitlich Eingeschränkte (Völkl 2010).

Deutlichere Effekte der Lebensjahre auf die Lebensqualität zeigten sich in der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 (ATHIS), eine repräsentative Befragung von 15.771 Personen in österreichischen Privathaushalten. Die Lebensqualität wurde hier anhand der Kurzversion des WHOQOL (World Health Organization Quality of Life (WHO 2002)) erhoben: Befragte gaben ihre Zufriedenheit in zwei allgemeinen Bereichen der Lebensqualität und 24 Teilbereichen an. Diese wurden in der Auswertung auf vier Dimensionen der Lebensqualität (psychische und physische Befindlichkeit, soziale Beziehungen, Umwelt) reduziert. Im Altersgruppenvergleich zeigt sich: Die Lebensqualität ist in allen erhobenen Bereichen in den höheren Altersgruppen niedriger. Jugendliche und junge Erwachsene beurteilen in allen Bereichen ihre Lebensqualität im Durchschnitt höher als ältere Menschen. Die größten Altersunterschiede zeigen sich im Bereich des psychischen Wohlbefindens, die geringsten Unterschiede zwischen Altersgruppen zeigen sich in der Einschätzung der persönlichen Umwelt. Bis auf den Teilbereich der sozialen Beziehungen schätzen Frauen ihre Lebensqualität altersunabhängig schlechter ein als Männer, besonders stark sind diese Unterschiede im psychischen Wohlbefinden (Klimont und Badlaszti 2015).

Im europäischen Kontext wurde die Lebensqualität der Über-50-Jährigen anhand der Welle 1 und 2 (2004-2006/07) der SHARE-Daten untersucht. Dabei zeigt sich auf nationalstaatlicher Ebene nicht nur ein Ost-West-Gefälle, sondern auch Unterschiede zwischen nordeuropäischen und südeuropäischen Ländern. Ältere in Griechenland, Italien oder Spanien geben eine signifikant niedrigere Lebensqualität als Befragte in der Schweiz, den Niederlanden oder Dänemark an. Zudem gibt es in allen untersuchten Ländern Unterschiede in der Lebensqualität sowohl nach Bildungsniveaus, als auch nach Einkommensgruppen. Österreich zeigt hier im Durchschnitt, ähnlich wie Deutschland und Schweden, eine hohe Lebensqualität, während die Schweiz, Dänemark und den Niederlanden eine sehr hohe Lebensqualität aufweisen. Niedrige durchschnittliche Lebensqualität finden sich hingegen in Italien und Griechenland (von dem Knesebeck et al. 2005; Warendorf et al. 2008). Im europäischen Vergleich zeigt Österreich gemeinsam mit Dänemark, den Niederlanden und der Schweiz die höchste Lebensqualität bei den Über-50-Jährigen. Nachgewiesen wurde dies anhand der vierten Welle der SHARE-Befragung. Die niedrigste Lebensqualität der Älteren in Europa zeigen Polen, Ungarn, Portugal und Italien (Fonseca et al. 2013).

Die Differenzierung zwischen europäischen Ländern ergibt sich anhand der SHARE-Daten allerdings nicht nur im Gesamtdurchschnitt. Auch in den Alterseffekten in der Lebensqualität bestehen nationalstaatliche Unterschiede. In allen untersuchten europäischen Ländern bestehen signifikante Unterschiede in der Lebensqualität nach Altersgruppen. Österreich hat hier, gemeinsam mit Spanien und Griechenland, die stärksten Unterschiede in der Lebensqualität zwischen den jüngsten und den ältesten Gruppen. Weniger stark ausgeprägt sind die Unterschiede in der Lebensqualität zwischen Jüngeren und Älteren in Deutschland, Italien und Schweden. Geringste Unterschiede finden sich in den Niederlanden und der Schweiz (von dem Knesebeck et al. 2005.).

Als Herausforderung in der Untersuchung der Lebensqualität älterer Menschen stellt sich heraus, dass keine einheitlichen Messinstrumente und Definitionen in der internationalen Forschung verwendet werden (Stanley und Cheek 2003). Ein Versuch der Vereinheitlichung stellt die CASP-19 Skala (Hyde et al 2003) dar, die

speziell zur Messung der Lebensqualität von älteren Menschen entwickelt wurde. 19 Items messen dabei die Lebensqualität in vier Bereichen: Kontrolle, Autonomie, Selbstverwirklichung und Wohlbefinden. Die Anfangsbuchstaben der englischen Bezeichnungen dieser Dimensionen (Control, Autonomy, Self-Realization, Pleasure) bilden den Namen der Skala. Die CASP-Skala wurde statistisch auf Validität und Reliabilität getestet (ebd.) und fand in zwei großen empirischen Längsschnitt-Untersuchungen Anwendung: Der English Longitudinal Study of Ageing (ELSA) und dem Europäischen Survey of Health, Age and Retirement in Europe (SHARE). Weil auch in dieser Arbeit Daten der Wellen 2 bis 5 der SHARE-Befragung herangezogen werden und damit die Lebensqualität anhand der CASP-Skala gemessen wird, werden im Folgenden wichtige Einflussfaktoren auf die Lebensqualität anhand dieser Skala dargestellt.

Angelini et al. (2012) untersuchten anhand der 2. Welle (2006/07) der SHARE-Daten die Lebensqualität der älteren EuropäerInnen anhand multivariater Modelle. Bivariat wurde zwar eine altersbedingte Abnahme der Lebensqualität zwischen dem Alter von 55 bis 76 Jahre beobachtet, im multivariaten Modell allerdings zeigt sich, dass unter Konstanthaltung der demographischen Indikatoren, des Bildungsstands, des Erwerbsstatus, des Familienstands und der Gesundheit die Lebensqualität mit dem Alter sogar einen positiven Trend aufzeigt. Gleichzeitig wird die Lebensqualität im Alter auch anders bewertet: Unter Konstanthaltung der Lebensumstände geben Ältere wahrscheinlicher an, unzufrieden mit ihrem Leben zu sein. Stärksten Einfluss auf die subjektive Lebensqualität nimmt der Gesundheitszustand. Auch Wahrendorf und Siegrist (2010) weisen einen engen Zusammenhang zwischen Lebensqualität und der funktionalen Gesundheit nach. Neben dieser beeinflusst die Lebensqualität im Alter vor allem der Familienstand und der sozioökonomische Status.

Der Einfluss des sozioökonomischen Status auf die Lebensqualität im Alter wurde anhand der SHARE-Daten auf europäischer Ebene mehrmals untersucht und bestätigt (Siegrist und Wahrendorf 2009; Pinguart und Sörensen 2000; Motel-Klingebiel 2001; Motel-Klingebiel et al. 2004). Niedzwieds et al. (2014) untersuchten anhand der zweiten und dritten Welle der SHARE-Daten den Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Lebensqualität in 13 europäischen

Ländern, darunter auch Österreich. Innerhalb aller untersuchten Länder wurden Ungleichheiten in der Lebensqualität älterer Menschen (50 – 75 Jahre) anhand der Schulbildung festgestellt. Dieser Zusammenhang ist besonders stark in süd- und osteuropäischen Ländern zu finden, besteht allerdings in abgeschwächter Form auch in Österreich und skandinavischen Ländern.

Neben Alter, Gesundheitszustand, Geschlecht und der Lebensform konnte auf Basis der Literatur also vor allem der sozioökonomische Status als Einflussfaktoren auf die Lebensqualität älterer Menschen identifiziert werden. Eine Herausforderung ist es dabei, dass sozioökonomischer Status in unterschiedlicher Weise operationalisiert wurde. Häufig wurden das Einkommen, die Schulbildung, der Bildungshintergrund und der ehemalige berufliche Status der Befragten herangezogen. Abschließend sei noch darauf verwiesen, dass dabei nicht nur die objektive soziale Lage, sondern auch die ihre subjektive Einschätzung entscheidenden Einfluss auf die Lebensqualität im Alter nimmt: So konnten Netuveli und Bartley (2012) aufzeigen, dass die subjektive Einschätzung der sozialen Lage einen höheren Erklärungsanteil an der Lebensqualität älterer Menschen hat als die objektive Schichtzugehörigkeit. Zwar wurden die Berechnungen anhand der ELSA-Daten durchgeführt und beziehen sich damit nicht auf Österreich, doch wurden die Lebensqualität hier – ähnlich der SHARE-Befragung – anhand der CASP-Skala erhoben.

3.2. Kontinuität, Kumulation und Destrukturierung sozialer Ungleichheit

Die soziale Lage konnte als ein zentraler Einflussfaktor auf die Lebensqualität älterer Menschen identifiziert werden. Nun stellt sich die Frage, wie sich dieser Einfluss mit dem Prozess des Alterns verändert. Finden sich nun auf Basis der Literatur Hinweise auf Kumulation, Kontinuität, Destrukturierung oder Altersbedingtheit (Clemens 2008) sozialer Ungleichheiten im höheren Alter?

Mit Bezug auf die Lebensqualität wurde diese Frage auf europäischer Ebene 2001 auf Basis der OASIS-Daten (Old Age and Autonomy: The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity) untersucht, die 2000/2001 in Norwegen, England, Deutschland, Spanien und Israel erhoben wurden. Geprüft wurde anhand von Regressionen, ob sich Einflussfaktoren auf die Lebensqualität nach Altersgruppen unterscheiden, im Besonderen, ob der soziale Status im höheren Alter einen stärkeren Einfluss auf die subjektive Lebensqualität nimmt. In den höheren Altersgruppen besteht eine stärkere Korrelation zwischen Schichtzugehörigkeit und Lebensqualität (Motel-Klingebiel 2001). Drei Jahre später wurde anhand derselben Daten außerdem nachgewiesen, dass der Einfluss der physischen Gesundheit in den höheren Altersgruppen an Bedeutung gewinnt. Im Durchschnitt kam es allerdings in den höheren Altersgruppen zu einer Abnahme bei gleichzeitiger Zunahme der Varianz in der Lebensqualität. Die AutorInnen argumentieren deshalb für die These der Altersbedingtheit, weil die Gesundheit als altersspezifische Domäne der Lebensqualität eine besondere Rolle einnimmt. Gleichzeitig bilden die Daten auch eine Grundlage für die These der zunehmenden Differenzierung mit höherem Alter, weil die Varianz der Lebensqualität im späteren Leben zunimmt (Motel-Klingebiel et al. 2004).

Die Entwicklung der Lebenszufriedenheit zu Beginn der nachberuflichen Phase untersuchen auch Wetzel, Huxhold und Tesch-Römer (2015) auf Basis der deutschen SOEP (Sozio-ökonomisches Panel)-Daten. Untersucht wird dabei die Entwicklung der Lebenszufriedenheit in der nachberuflichen Phase, wobei die Daten nach Schulbildung und Übergangsform in die nachberufliche Phase (Vollzeitbeschäftigung – Alterssicherung und Arbeitslosigkeit – Alterssicherung)

betrachtet wurden. Kurz nach dem Ausstieg aus dem Erwerbsleben zeigt sich dabei ein Anstieg der Lebenszufriedenheit in allen untersuchten Gruppen. Kurzfristig scheint die Verrentung als Entlastung für alle zu wirken. Langfristig zeigt sich allerdings, dass sich die Lebenszufriedenheit nach Bildungsgruppen differenziert, d.h. Unterschiede zwischen Menschen mit hohen und niedrigen Bildungsabschlüssen zunehmen. SeniorInnen mit hoher Primärausbildung zeigen konstante Niveaus der Lebenszufriedenheit, während sich bei Geringqualifizierten ein Absinken der Lebenszufriedenheit mit zunehmendem Abstand zum Erwerbsleben beobachten lässt. Wird Kumulation sozialer Ungleichheiten wie dargelegt als die Zunahme von Unterschieden zwischen sozialen Gruppen über die Zeit (DiPrete und Eirich 2006) interpretiert, so lässt sich hier eine Kumulation im Bezug auf die Lebensqualität in der nachberuflichen Phase feststellen.

Einschränkend muss allerdings erwähnt werden, dass sich auch Untersuchungen finden lassen, die keine langfristigen Veränderungen in der Lebensqualität durch den Austritt aus dem Erwerbsleben finden. Auf Basis der SHARE-Daten etwa wurde nachgewiesen, dass sowohl Personen, die vor dem Regelantrittsalter aus dem Erwerbsleben ausscheiden, als auch solche, die bis zum rechtlichen Pensionsantrittsalter in Beschäftigung bleiben, einen Anstieg im subjektiven Wohlbefinden angeben. Ab einem Alter von 70 Jahre etwa gleichen sich Unterschiede in diesen beiden Gruppen aus, allerdings ohne Berücksichtigung der Primärausbildung (Horner 2014).

Im Bezug auf kumulierende Benachteiligung im Alter finden sich häufig empirische Arbeiten, die sich auf die Entwicklung der Gesundheit im Alter beziehen. Da diese Muster auch Einfluss auf die Entwicklung der Lebensqualität nehmen können, seien die empirischen Ergebnisse im Folgenden kurz dargestellt. Leopold und Engelhart (2011) untersuchen anhand von zwei SHARE-Wellen (2004 und 2007) Veränderungen in der körperlichen, psychischen und kognitiven Gesundheit der 50-80-Jährigen in elf europäischen Ländern mit besonderem Fokus auf der Entwicklung von Bildungsungleichheiten zwischen den zwei Messzeitpunkten. Dabei zeigt sich, dass sich Unterschiede zwischen niedrig- und hochgebildeten Personen zwischen den zwei Messzeitpunkten vergrößern, auch, wenn dies nicht auf alle untersuchten Dimensionen der Gesundheit zutrifft. Bei

einem Großteil der untersuchten Dimensionen werden Muster von Divergenz (Greifkraft, Aktivitäten, zeitliche Orientierung, instrumentelle Fähigkeiten), aber auch Kontinuität der Bildungsungleichheiten im höheren Alter (Anzahl der chronischen Krankheiten und subjektive Gesundheit) beobachtet. Nur im Bezug zur Sprechgeschwindigkeit lässt sich von Konvergenz von sozialer Ungleichheit im Alter sprechen. In Untersuchungen mit dem DEAS (Deutscher Alterssurvey) zeigen sich überwiegend Muster von Divergenz in einigen Dimensionen, auch, wenn sich gleichermaßen Konvergenz oder Stabilität der gesundheitlichen Ungleichheit im höheren Alter finden lassen. Anhand von zwei Wellen des DEAS wurden Personen zwischen 40 und 85 Jahren zu ihrer physischen, funktionalen und subjektiven Gesundheit befragt und diese Ergebnisse mit drei unterschiedlichen Schichtindikatoren (Primärausbildung, Einkommen, Eigentum) in Verbindung gebracht. Generell zeigt sich, dass Muster sozialer Ungleichheit in der Gesundheit bis ins hohe Lebensalter stabil bestehen bleiben oder sich tendenziell sogar verstärken. In fast allen Dimensionen der Gesundheit und der sozialen Schicht wurden Muster der Kontinuität festgestellt. Eine Verstärkung der Unterschiede wurde im Zusammenhang zwischen Eigentum und physischer und funktionaler Gesundheit beobachtet. Eine Abschwächung findet sich im Zusammenhang zwischen Einkommen und subjektiver Gesundheit (Schöllgen et al. 2010).

3.3. Bildung und soziale Aktivitäten in der nachberuflichen Phase

Wie kann nun nachberufliche Bildung und Engagement dazu beitragen, Lebensqualität im Alter zu stärken und zu fördern? Theoretisch wurde ausgeführt, dass Bildung im Alter häufig ein breiterer Bildungsbegriff zu Grunde liegt als in jüngeren Jahren (Kruse 2009), der sich allgemeiner dem Begriff der normativen Partizipation (Schultze 1995) annähert. Die hier besprochenen Aktivitäten beziehen sich damit nicht nur auf formale und non-formale Bildungsaktivitäten und informelles Lernen, sondern auch auf andere Aktivitäten, die soziale Teilhabe fördern und die Lebensqualität im Alter positiv beeinflussen.

Zum Zusammenhang zwischen der Teilnahme an Lernaktivitäten und der CASP-Skala haben Jenkins und Mostafa (2015) die Daten der English Longitudinal Study on Ageing analysiert. Dabei hat sich gezeigt, dass Lernen mit höheren Le-

vels von Lebensqualität verbunden wird. Dies trifft sowohl auf non-formales und informelles Lernen zu. Formale Bildungsaktivitäten hingegen zeigten keinen positiven Zusammenhang mit der Einschätzung der Lebensqualität. Die Effekte von Engagement und aktivem Altern in der nachberuflichen Phase haben Wahrendorf und Siegrist (2009, 2010) auf Basis der ersten beiden Wellen der SHARE-Daten untersucht. Analysiert wurden dabei die Effekte von unterschiedliche Formen von sozialen Aktivitäten auf die Lebensqualität von pensionierten Personen über 50 Jahren in 11 (2009) bzw. 14 (2010) europäischen Ländern, darunter auch Österreich. Als sozialen Aktivitäten wurden ehrenamtliches Engagement und die Übernahme von Pflegetätigkeiten von Angehörigen definiert. Der sozioökonomische Status nimmt signifikanten Einfluss sowohl auf die Lebensqualität als auch auf die Wahrscheinlichkeit zur Teilhabe an sozialen Aktivitäten. Menschen, die zwischen den beiden untersuchten Wellen eine ehrenamtliche Tätigkeiten aufnahmen, haben eine weniger hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Lebensqualität zwischen den Wellen abnimmt. Ehrenamtliches Engagement kann dabei helfen, Lebensqualität im Alter aufrecht zu erhalten. Andererseits zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Aufnahme von ehrenamtlichen Engagement und dem Anstieg von Lebensqualität zwischen Erhebungszeitpunkten. Die Aufnahme von Pflegetätigkeiten hingegen scheint keine Effekte auf die Lebensqualität in der nachberuflichen Phase zu haben. Und auch Litwin und Stoeckel (2014) zeigen auf Basis der vierten Welle der SHARE-Befragung für Europa, dass die Teilnahme an sozialem Engagement und Austausch und die Lebensqualität in einem positiven Zusammenhang bei Menschen über 50 Jahren stehen.

Für Österreich haben Kolland, Ahmadi und Hauenschild (2009) den Zusammenhang zwischen Bildung und Wohlbefinden anhand einer repräsentativen Stichprobe analysiert. Wer sich weiterbildet, so die zentralen Ergebnisse, hat nicht nur mehr sozialen Beziehungen, sondern auch mehr Vertrauen in politische Institutionen und eine höhere Wahrscheinlichkeit ehrenamtlichen Engagements. Zudem fühlen sich Menschen die an nachberuflicher Bildung teilnehmen auch gesünder: Wer sich im Alter weiterbildet bewertet seine/ihre Gesundheit positiver.

Für Deutschland zeigt sich auch, dass die Teilhabechance an Aktivitäten sozialstrukturellen Einflüssen unterliegt. So wurde auf Basis des DEAS (Deutscher Alterssurvey) (2008-2011) beschrieben, wie sozialstrukturelle und sozialräumliche Aspekte die Möglichkeit zur sozialen Teilhabe unter 40-85-Jährigen in Deutschland beeinflussen. Untersucht wurden dabei die Teilnahme an ehrenamtlichen Aktivitäten und nachberuflicher Bildung als Indikatoren sozialer Teilhabe unter den Aspekten der sozialen Schichtung (berufliche Stellung und Qualifikation) und des Sozialraums (wirtschaftlich starke und schwache Gegenden). Dabei zeigt sich: Personen in unteren sozialen Schichten sowie in wirtschaftlich schwachen Gegenden zeigen die niedrigsten Levels sozialer Teilhabe. Personen in oberen sozialen Schichten nehmen viermal wahrscheinlicher an Ehrenamt oder nachberuflicher Bildung teil als Personen in niedrigen sozialen Schichten. Diese ungünstigen Vorzeichen kumulieren, wenn begrenzte individuelle Ressourcen im Rahmen der Schichtzugehörigkeit mit schlechten ökonomischen Rahmenbedingungen in der Wohngegend zusammentreffen. Interessant ist hierbei die Unterscheidung zwischen stabiler und temporärer sozialer Teilhabe: In der Längsschnitt-Auswertung wurden Personen, die an beiden Messzeitpunkten in Ehrenamt oder Bildung aktiv waren als stabil sozial integriert definiert, während Personen, die nur an einem der beiden Zeitpunkte teilnahmen temporäre soziale Teilhabe zeigten. In dieser Differenzierung zeigt sich: Die temporäre, kurzfristige soziale Teilhabe unterliegt kaum Effekten des Sozialraums oder Schicht – alle Gruppen nehmen in ähnlichem Maße temporär an Bildung teil oder engagieren sich ehrenamtlich. Deutliche Unterschiede zeigen sich jedoch in der stabilen sozialen Teilhabe. Hier sind die Teilhabe-Levels der oberen sozialen Schichten überdurchschnittlich hoch. Sozialstrukturelle und sozialräumliche Unterschiede in der sozialen Teilhabe zeigen sich also vor allem in der Intensität und Dauer der sozialen Teilhabe, wobei langfristige Teilhabechancen vor allem für obere soziale Schichten bestehen (Simonson et al. 2013).

Auch Jivraj, Nazroo und Barnes (2012) untersuchen die Teilhabe an sozialen Aktivitäten im höheren Alter. Dafür werden Daten des English Longitudinal Study of Ageing (2002-2010) herangezogen. Auch hier wird deutlich, dass Faktoren der sozialen Ungleichheit eine zentrale Rolle darin spielen, ob dauerhaft und bis ins höhere Alter an sozialen Aktivitäten teilgenommen wird oder nicht: Einkommen

und Gesundheit stellen sich als zentrale Prädiktoren der sozialen Teilhabe heraus. Das Maß, in dem ein sozialer Rückzug im Alter stattfindet, ist also vom sozialstrukturellen Rahmen beeinflusst, in dem sich Individuen über ihr gesamtes Leben hinweg bewegen. Zusätzlich zeigt sich, dass das biologische Alter selbst keinen signifikanten Einfluss auf den sozialen Rückzug älterer Menschen nimmt, wenn Kontrollvariablen (Austritt aus dem Erwerbsleben, Verwitwung und Mobilitätseinschränkungen) berücksichtigt werden.

Nachberufliche Bildung und soziale Aktivitäten können also einen positiven Effekt auf die Lebensqualität im Alter nehmen. Dafür sprechen Studien, die auf einen positiven Effekt von nachberuflicher Bildung und Engagement auf sozialer Teilhabe, subjektives Wohlbefinden oder den subjektiven Gesundheitszustand nachweisen. Dem entgegen steht eine sinkende Teilnahme an formaler und non-formaler Bildung in Österreich mit steigendem Alter allgemein, obwohl die Motivation an Bildung teilzunehmen bis ins höhere Alter aufrecht erhalten bleibt (Schneeberger 2005; Eler und Fischer 2012) und ungleiche Zugangschancen zu sozialen Aktivitäten und Bildung in den höheren Altersgruppen andererseits. Besonders bildungsprivilegierte Personen, die bereits über den gesamten Lebenslauf positive Bildungserfahrungen sammeln konnten, nehmen verstärkt auch an nachberuflicher Bildung teil (Schiersmann 2006). Diese Befunde sprechen dafür, dass sich die „doppelte Selektivität“ (Faulstich 2003, S. 39) der Erwachsenenbildung auch in der SeniorInnenbildung fortsetzt.

3.4. Annahmen für das weitere Vorgehen

Es wurde deutlich, dass ältere Menschen in Österreich ihre Lebensqualität überwiegend positiv einschätzen, gleichzeitig aber eine niedrigere Lebensqualität angeben als Jugendliche oder jüngere Erwachsene. Im europäischen Vergleich zeigen Österreichs Ältere eine eher hohe Lebensqualität, gleichzeitig sind allerdings die Unterschiede in der Lebensqualität zwischen Altersgruppen innerhalb von Österreich besonders hoch. Hypothetisch lässt sich damit eine niedrigere Lebensqualität in höheren Altersgruppen annehmen, auch, wenn auf Basis der Literatur gezeigt wurde, dass sich Alterseffekte unter Konstanthaltung anderer Faktoren auflösen. Neben dem Alter wurden als Einflussfaktoren auf die Lebensqualität im höheren Alter außerdem Gesundheit, Lebensform und Geschlecht sowie der sozioökonomische Status herausgearbeitet. Zu berücksichtigen ist dabei auch, dass die subjektive Einschätzung dieser Ressourcen stärker auf die Lebensqualität zu wirken scheint als die objektive Bestimmung der sozialen Lage. Für diese Arbeit werden diese Einflussfaktoren auf die Lebensqualität im Alter als Ausdruck der sozialen Lage betrachtet. Dabei werden – sofern möglich – sowohl objektive als auch subjektive Beschreibungen miteinbezogen.

Im Bezug auf die Veränderungen sozialer Ungleichheiten im höheren Alter wurden uneinheitliche Muster identifiziert. Einerseits wurde deutlich, dass etwa der Einfluss der Gesundheit auf die Lebensqualität in den höheren Altersgruppen ansteigt und damit in Richtung der These der Altersbedingtheit argumentiert, andererseits zeigt sich anhand von Längsschnittdaten, dass sich die Lebensqualität nach dem Austreten aus dem Erwerbsleben für unterschiedliche Bildungsgruppen auseinander entwickelt, d.h. sich Ungleichheiten kumulieren. Auch im Bezug auf die Entwicklung von gesundheitsbezogenen Ungleichheiten ließen sich mit einigen wenigen Ausnahmen meist Muster von Kumulation oder Kontinuität in den Unterschieden zwischen Bildungsgruppen identifizieren. Für diese Arbeit wird damit angenommen, dass sich Unterschiede zwischen sozialen Gruppen in der Lebensqualität in den höheren Altersgruppen vergrößern und gleichzeitig der Einfluss der sozialen Lage auf die Lebensqualität zwischen Messzeitpunkten zunimmt.

Als Handlungsstrategien mit denen Lebensqualität in der nachberuflichen Phase aufgebaut und gestärkt werden kann wurden Bildung und soziale Aktivitäten untersucht. Dabei zeigt sich ein aufbauender oder zumindest erhaltender Effekt durch die Teilnahme an non-formaler Bildung, informellem Lernen oder ehrenamtlichem Engagement. Die Übernahme von Pflēgetätigkeiten hingegen ist nicht mit einer höheren Lebensqualität verknüpft. Gleichzeitig wird allerdings auch deutlich, dass das Engagement an sozialen Aktivitäten und nachberuflicher Bildung nach sozialräumlichen und sozioökonomischen Unterschieden variiert. Für diese Arbeit wird damit angenommen, dass die Teilnahme an Bildung und sozialen Aktivitäten im Alter positiv auf die Einschätzung der Lebensqualität wirkt, gleichzeitig aber vermehrt jene Personen diesen Aktivitäten nachgehen, die bereits eine hohe Lebensqualität angeben und über eine hohe soziale Lage verfügen.

4. Methodisches Vorgehen

Ziel dieser Arbeit ist es, Einflussfaktoren auf die Lebensqualität im Alter herauszuarbeiten. Im Fokus stehen dabei sozialstrukturelle Rahmenbedingungen auf der einen Seite und die Teilnahme an sozialen Aktivitäten in der nachberuflichen Phase auf der anderen Seite. Der Einfluss dieser beiden Dimensionen auf die Lebensqualität wird im Zeitverlauf betrachtet: Wie verändern sich Zusammenhänge im höherem Alter? Welche Dimensionen gewinnen, welche verlieren an Bedeutung und kommt es zu einer Kumulation, Kontinuität oder Destrukturierung sozialer Ungleichheiten? Um diese Themenbereiche bearbeiten zu können, wurde ein quantitatives Design gewählt, das es erlaubt, den Einfluss unterschiedlicher Faktoren auf eine abhängige Variable unter Konstanthaltung mehrerer unabhängiger Variablen zu prüfen. Basis für diese Berechnungen bieten drei Wellen der österreichischen SHARE-Daten (2006-2013).

4.1. Auswertungsverfahren

In dieser Arbeit werden unterschiedliche Einflussfaktoren auf die Lebensqualität in der nachberuflichen Phase empirisch untersucht. Um Wirkungszusammenhänge zwischen Variablen prüfen zu können, schlagen Backhaus et al. (2006) die Anwendung von hypothesentestenden, struktur-prüfenden Verfahren vor. Bei diesen geht es vor allem darum, Zusammenhänge und Kausalitäten zwischen Variablen statistisch prüfen zu können. Struktur-prüfende Verfahren zeichnen sich dabei vor allem durch eine a priori Bestimmung des zu prüfenden Kausalzusammenhangs auf Basis von theoretischen Überlegungen und der damit verbundenen Einteilung in abhängige und unabhängige Variablen aus. Da in der vorliegenden Arbeit der Einfluss von sozialen Ressourcen auf die Lebensqualität im Alter und damit die Richtung des Wirkungszusammenhanges sowie die abhängige Variable (Lebensqualität) eindeutig bestimmt werden konnte, wurde ein struktur-prüfendes Verfahren als methodischer Zugang ausgewählt.

Die weitere Auswahl der Analysemethode orientierte sich an den zur Verfügung stehenden Datenniveaus. Backhaus et al. (2006) schlagen zur Analyse mit einer metrischen, abhängigen Variable einfache bzw. multiple Regressionsanalysen

als Auswertungsmethode vor. Regressionsanalysen sind in der Sozialwissenschaft weit verbreitete statistische Auswertungsinstrumente, die sich vor allem zur Beschreibung und Erklärung von Zusammenhängen und zur Durchführung von Prognosen eignen. Ziel ist es dabei, die Wirkungsbeziehungen zwischen einer abhängigen und mehreren unabhängigen Variablen statistisch zu untersuchen und zu prüfen. Da die zur Verfügung stehende CASP-Skala zur Messung der Lebensqualität ein metrisches Datenniveau aufweist, wurden multiple Regressionen als Analysemethode ausgewählt. Als abhängige Variablen wurden metrische Variablen berücksichtigt. Zusätzlich konnten nominale und ordinale Daten als Dummy-Variablen in die berechneten Regressionsmodelle aufgenommen werden (vgl. Kapitel 4.3.).

Zuerst wurde ein Modell formuliert, in dem die Lebensqualität als abhängige Variable von mehreren unabhängigen Variablen erklärt wird. Unabhängige Variablen sind einerseits Variablen, die die soziale Lage beschreiben und anhand der Literatur spezifiziert wurden (Alter, Bildung, Einkommen, Lebensform, Gesundheit) und andererseits die Teilnahme an sozialen Aktivitäten in den letzten 12 Monaten. Die Regressionsmodelle wurden statistisch getestet, zentrale Kennzahlen der Prüfung waren hier unter anderem das Bestimmtheitsmaß oder die Passung des Modells (Prüfstatistik F, korrigiertes R^2) und die Regressionskoeffizienten (Stand. Beta-Werte). Die Modellprämissen wurden anhand unterschiedlicher numerischer und graphischer Kriterien geprüft (Tab. 1). Da zwei Blöcke von Variablen – soziale Ressourcen und soziale Aktivitäten – in ihrem Einfluss auf die Lebensqualität untersucht wurden, wurde eine blockweise Vorgehensweise der Modellberechnung gewählt.

Zweitens wurde untersucht, wie sich der Einfluss der Variablen auf die Lebensqualität zwischen den Erhebungswellen 2 bis 5 (2006-2013) verändert. Dafür wurden Längsschnittdaten in die Analyse miteinbezogen: Regressionsmodelle wurden für jeden Erhebungszeitpunkt getrennt berechnet und die Kennzahlen anschließend verglichen. Stichproben für die Regressionsmodelle der Wellen 2 bis 5 waren jeweils jene Personen, die an allen Wellen teilgenommen hatten.

Annahmen linearer Regressionsmodelle	Kennzeichen zur Prüfung
Homoskedastizität der Residuen	Streudiagramm der Residuen
Autokorrelation der Residuen vermeiden	Durbin-Watson-Statistik
Multikollinearität vermeiden	Toleranz der Variablen & Variance Inflation Factor
Normalverteilung der Residuen	Streudiagramm der Residuen
Richtige Modellspezifikation (linearer Zusammenhang zw. Abh./unab. Variable, Zahl der Parameter ist kleiner als Zahl der Beobachtungen)	Bivariate Betrachtung, Anzahl der aufgenommenen unabhängigen Variablen

Tabelle 1: Anwendungsvoraussetzungen linearer Regressionen und Durchführung ihrer Prüfung (vgl. Backhaus et al. 2006).

4.2. Datenauswahl und Stichprobenbeschreibung

Als Datenbasis wurden österreichische Daten des Survey of Health, Age and Retirement in Europe (SHARE) herangezogen. SHARE ist eine repräsentative, europäische Panelbefragung, die auf Daten zu Gesundheitszustand, sozioökonomischem Status, sozialen und familiären Netzwerken von EuropäerInnen über 50 Jahren spezialisiert ist. Die Stichprobe ist repräsentativ für Personen über 50 Jahren in den teilnehmenden europäischen Ländern. Im Zeitraum von elf Jahren wurden in fünf Erhebungswellen Interviews mit 85.000 Individuen in europäischen Ländern und Israel geführt (Börsch-Supan et al. 2013). Veröffentlicht wurden bisher vier reguläre Panel-Befragungen (Publikationsdaten 2005, 2008, 2012 und 2015) und eine Welle, die sich im speziellen mit einer retrospektiven Lebenslaufbefragung befasst (SHARELIFE, Veröffentlichung 2010). An der fünften Welle nahmen mit 15 teilnehmenden Ländern bis dato am meisten Länder teil. Österreich war Teil jeder dieser fünf Erhebungen (Stuck et al. 2015).

In Österreich wurden die SHARE-Befragungen von der Johannes Kepler Universität in Linz koordiniert und vom Institut für empirische Sozialforschung (IFES) durchgeführt (SHARE Austria 2015). Einen Überblick über Erhebungs- und Veröffentlichungszeitpunkte der einzelnen Wellen für Österreich finden sich in Tabelle 2.

Erhebungswelle	Erhebungszeitpunkt Österreich	Veröffentlichungsdatum
Welle 1	2004	2005
Welle 2	2006/2007	2008
Welle 3 – SHARELIFE	2008/2009	2010
Welle 4	2011	2012
Welle 5	2013	2015
EasyShare	2004-2013	2015

Tabelle 2: Erhebungs- und Veröffentlichungszeitpunkte der fünf Wellen der SHARE-Befragungen und easyShare (Stuck et al. 2015).

In SHARE werden Daten sowohl auf Individual-, als auch auf Haushaltsebene erhoben, gleichzeitig werden Panel- mit Querschnittsdaten gemeinsam erhoben. Neben Personen, die an aufeinanderfolgenden Wellen teilnehmen, werden auch in jeder Welle erneut Personen ausgewählt, die zum ersten Mal an einer Befragung teilnehmen und im weiteren für Panelbefragungen herangezogen werden können. Grundgesamtheit für die Stichprobenziehung dieser Erstinterviews stellen alle Personen da, die 1962 oder früher geboren wurden und ihren Hauptwohnsitz im betreffenden Land hatten. Zusätzlich werden PartnerInnen und Ehegatten, unabhängig von seinem/ihrem Alter, interviewt. Grundgesamtheit für die Längsschnittbefragung sind alle Personen im betreffenden Land, die bereits in einer der früheren Wellen interviewt wurden, sowie PartnerInnen und EhegattInnen, sofern diese nicht in einer früheren Welle befragt wurden. Von der Stichprobe ausgeschlossen wurden Personen, die während des gesamten Erhebungszeitraumes inhaftiert waren oder sich im Ausland befanden. Personen in anderer institutioneller Unterbringung und in Pflegeheimen wurden berücksichtigt (DeLuca et al. 2015). In Österreich wurde ein repräsentatives Sample von Personen über 50 Jahren mit Hauptwohnsitz angestrebt. Stichprobenziehungen fanden auf nationalem Level statt und orientierten sich an nationalen Möglichkeiten, weswegen sich die Sample-Designs im internationalen Vergleich leicht unterscheiden. Für Österreich wurde ein schrittweises Sampling-Verfahren auf Haushalts-Ebene gewählt. Telefonbefragungen wurden mit face-to-face Screening im Feld kombiniert (Klevmarken et al. 2005).

Die Datenerhebung in der SHARE-Befragung wurde länderübergreifend hauptsächlich computergestützt (CAPI) durchgeführt. Die Befragten beantworteten einen Überblicksfragebogen auf individueller und Haushaltsebene, anschließend folgte die Haupterhebung mittels CAPI. Die Haupterhebung variierte in Länge und thematischer Ausrichtung zwischen den Wellen und ist anhand etwa 20 thematischer Module organisiert. Die Hauptbefragung wurde von einer Papier-Stift-Befragung gefolgt, in welcher in der Welle fünf länderspezifische Fragen getestet wurden (Stuck et al. 2015).

Aufgrund der Fokussierung auf Personen über 50 Jahren, der Berücksichtigung der nachberuflichen Phase und des repräsentativen Samples eignet sich die SHARE-Befragung im hohen Maße zur Bearbeitung der vorliegenden Forschungsfragen. Konkret wurde die zweite Version des easySHARE (Börsch-Supan et al. 2015) verwendet. In den easySHARE-Daten wurden alle beobachteten Fälle auf Basis der Module aller fünf Wellen der Befragung zusammengefügt und bereinigt. Zur Verfügung stehen alle erhobenen Fälle aus allen erhobenen Wellen (SHARELIFE nur eingeschränkt), mit einem ausgewählten Set an Variablen und generierten Variablen. Dabei wurde besonderer Wert auf die internationale Vergleichbarkeit und Vergleichbarkeit zwischen einzelnen Erhebungswellen gelegt, sowie der Anteil an fehlender Information durch die spezifische Auswahl der Variablen möglichst niedrig gehalten, wobei die Möglichkeit bestand, aus allen Wellen Variablen individuell hinzuzufügen und so nutzbar zu machen (Gruber et al. 2014, 2015). Eine Liste der verwendeten Variablen findet sich in Kapitel 4.3.

Grundlegendes Thema dieser Arbeit sind Lebensqualität im Alter und soziale Ungleichheit in Österreich, wobei die Lebensphase Alter vor allem als nachberufliche Phase charakterisiert wurde (vgl. Kap. 2.1.). Dementsprechend wurde die Stichprobe auf Personen, die in Österreich befragt wurden und Personen, die sich bereits in der nachberuflichen Phase befinden, begrenzt und es wurden nur jene Personen ausgewählt, die als Erwerbsstatus „Pensioniert“ angaben. Arbeitslose Personen, sowie Personen die nie berufstätig waren, wurden in den folgenden Berechnungen nicht berücksichtigt. Nachdem in der Arbeit Einflussfaktoren auf Lebensqualität sowohl als Momentaufnahme, als auch in ihrer zeitlichen

Veränderung im Altersverlauf beobachtet werden, wurde die Welle 5 für Berechnungen im Querschnitt und die Wellen 2, 4 und 5 für Berechnungen im Längsschnitt herangezogen. Die Welle 1 und Welle 3 (SHARELIFE) wurden aus den Berechnungen ausgeschlossen, da zentrale Variablen, wie etwa die Teilnahme an Bildung, in diesen Befragung nicht erhoben wurden.

Die Gesamtstichprobe für die Querschnitts-Berechnungen betrug 2585 Personen. Diese Personen wurden 2013 in Österreich befragt und gaben zum Befragungszeitpunkt an, bereits pensioniert zu sein. Die Gesamtstichprobe für das Paneldesign betrug je nach Welle zwischen 243 und 297 Personen, wobei nur jene Personen aufgenommen wurden, die an den hier relevanten Wellen 2, 4 und 5 teilgenommen haben und damit die Gesamtstichprobe für Längsschnittauswertungen bilden. Aufgrund der zunehmenden Anzahl von pensionierten Personen zwischen den einzelnen Wellen steigt die Gesamtstichprobe zwischen den Wellen 2, 4 und 5 leicht an und auch zentrale, zeitkonstante Variablen wie die Schulbildung unterliegen leichten Schwankungen.

4.3. Erhebungsinstrument und Operationalisierung

Diese Arbeit zielt darauf ab, die Lebensqualität in der nachberuflichen Phase als abhängige Variable durch mehrere unabhängige Variablen zu erklären. Wie theoretisch erläutert wurden als unabhängige Variablen einerseits die soziale Lage (Alter, Geschlecht, Bildung und Bildungshintergrund, Einkommen, Gesundheit, Lebensform) und andererseits die Teilnahme an sozialen Aktivitäten herangezogen. Diese Regressionsmodelle werden im Querschnitt geprüft und dann für mehrere Erhebungswellen verglichen, um zeitliche Veränderungen zu analysieren. Im Folgenden ist die Operationalisierung und Stichprobenbeschreibung zentraler Variablen angeführt.

4.3.1. Lebensqualität

In den SHARE-Erhebungen wurde eine Kurzversion der CASP-19 Skala (Hyde et al. 2003), die CASP-12-Skala verwendet. Die CASP-Skala misst Lebensqualität anhand vierer Dimensionen (Control, Autonomy, Self-Realization und *Pleasure*, wobei die Anfangsbuchstaben jeweils den Namen der Skala bilden, Tab.3) und wurde speziell für die Messung von Lebensqualität im höheren Alter entwickelt. Die Skala wurde bereits auf Reliabilität und Validität getestet (ebd.). In der verwendeten Kurzversion besteht die Skala aus 12 Items, die jeweils anhand einer vier-stufigen Likert-Skalierung von „nie“ bis „oft“ beantwortet werden. Der Wertebereich der CASP-12-Skala liegt von 12 bis 48 Punkten, wobei höhere Werte einer höheren Lebensqualität entsprechen. Die erreichten Punkte können in 4 Stufen der Lebensqualität klassifiziert werden (Tab. 4). Die CASP-Skala beinhaltet vier Bedürfnis-Dimensionen: Kontrolle, Autonomie, Selbstverwirklichung und Wohlbefinden. Jede Dimension wurde anhand von drei Items getestet. Für die Auswertungen in dieser Arbeit wurde einerseits der Durchschnittswert aller Items verwendet, andererseits wurden vier Items ausgewählt, um die einzelnen Dimensionen der Lebensqualität untersuchen zu können.

CASP – Quality of Life and Well-Being	Welle 5 Querschnitt	Welle 2 Längsschnitt	Welle 4 Längsschnitt	Welle 5 Längs- schnitt
Niedrige Lebensqualität (LQ): Unter 35	24,2%	25,5%	27,9%	22,9%
Moderate LQ: 35-37	8,5%	11,5%	9,1%	10,1%
Hohe LQ: 37-39	10,4%	14,4%	11,2%	12,1%
Sehr hohe LQ: 39-41	56,9%	48,6%	51,8%	54,9%
Durchschnittswert	40,3	38,74	39,55	40,1

Tabelle 3: Durchschnittswerte der CASP-Skala in den Wellen 2-5. Pensionierte Personen in Österreich.

CASP – Quality of Life and Well-Being

(K = Kontrolle, A = Autonomie, S = Selbstverwirklichung W = Wohlbefinden)

1. Wie oft denken Sie sich, dass Ihr Alter Sie daran hindert, Dinge zu tun, die Sie gerne tun möchten? (K)

2. Wie oft haben Sie das Gefühl, keinen Einfluss darauf zu haben, was mit Ihnen geschieht? (K)

3. Wie oft fühlen Sie sich ausgeschlossen? (K)

4. Wie oft denken Sie sich, dass Sie die Dinge tun können, die Sie tun möchten? (A)

5. Wie oft denken Sie, dass familiäre Verpflichtungen Sie daran hindern, das zu tun, was Sie gerne tun möchten? (A)

6. Wie oft denken Sie, dass mangelndes Geld Sie daran hindert Dinge zu tun, die Sie gerne tun möchten? (A)

7. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass Ihr Leben einen Sinn hat? (W)

8. Alles in allem, wie oft blicken Sie mit einem Gefühl des Glücks auf Ihr Leben zurück? (W)

9. Wie oft freuen Sie sich auf den nächsten Tag? (W)

10. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Zukunft für Sie gut aussieht? (S)

11. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass das Leben viele Chancen bietet? (S)

12. Wie oft fühlen Sie sich in letzter Zeit voller Energie? (S)

Tabelle 4: Items der verwendeten CASP-12-Skala. In der Auswertung speziell berücksichtigte Items sind fett markiert.

4.3.2. Soziale Ressourcen

Als Einflussfaktoren auf die Lebensqualität wurden die soziale Lage und die Teilnahme an sozialen Aktivitäten untersucht. Auf Basis der Literatur wurden als wichtige Einflussfaktoren auf die Lebensqualität im Alter das kalendarische Alter, Bildung, Einkommen, die Lebensform, das Geschlecht und die Gesundheit beschrieben, die auch im hier berechneten Modell berücksichtigt wurden. In der Literatur wurde beschrieben, dass der sozioökonomische Status vor allem in der subjektiven Einschätzung Einfluss auf die Lebensqualität nimmt, weswegen die Einflussfaktoren sofern möglich sowohl objektiv als auch in ihrer subjektiven Einschätzung berücksichtigt wurden. Aufgrund der Datenlage nicht berücksichtigt wurden räumliche Aspekte und der Migrationshintergrund. Dies ist vor allem einer geringen Fallzahl von MigrantInnen und Personen in kleinen Gemeinden in der Stichprobe geschuldet.

4.3.2.1. Alter

Das Alter der befragten Person stand im easySHARE-Datensatz bereits als generierte Variable zur Verfügung und wurde auf Basis des Geburtsmonats und -jahres der befragten Person und des Befragungsmonats und -jahres berechnet. Um fehlende Werte zu bereinigen wurden die Werte des Interviewjahres und -monats sowie des Geburtsmonats, nicht jedoch das Geburtsjahr, imputiert (Stuck et al. 2015). Das Alter stand als metrische Variable zur Verfügung und wurde in sechs Altersgruppen eingeteilt.

Das Durchschnittsalter in der Welle 5 betrug 70,3 Jahre (STD: 8,22), die Spannweite lag bei 43,1 bis 99,3 Jahren (n=2858). In der Längsschnittstichprobe lag in der Welle 2 das Durchschnittsalter bei 68,4 Jahren (STD: 7,6) und die Spannweite bei 51,8 bis 93 Jahre (n=243). In der zweiten Welle waren die Befragten durchschnittlich 70,99 Jahre (STD: 7,88) alt und die Spannweite lag bei 56,0 bis 97,3 Jahren. In der Längsschnittstichprobe der fünften Welle gaben die Befragten durchschnittlich ein Alter von 72,47 (STD: 7,95) Jahren an und die Spannweite lag bei 57,1 bis 99,3 Jahren.

4.3.2.2. Bildungsstand & Bildungshintergrund

Der Bildungshintergrund der Befragten wurde in zweifacher Weise in die Berechnungen aufgenommen: Einerseits anhand des maximal erreichten Schulabschlusses und andererseits anhand der Bücher, die in der Kindheit im Haushalt zur Verfügung standen, um auch den Bildungshintergrund der Familie berücksichtigen zu können. Der maximal erreichte Schulabschluss wurde anhand der ISCED-97 Skala berücksichtigt. Die sechs Levels wurden später in drei Stufen – Primarstufe, Sekundarstufe und Tertiärstufe (UNESCO 2006) – zusammengefasst (Tab. 5). Die Anzahl der Bücher, die im Alter von 10 Jahren im Haushalt der Befragten existierten, wurde anhand einer fünf-stufigen Skala gemessen (Tab. 6) und aufgrund geringer Fallzahlen später in eine drei-stufige Skala zusammengefasst. Ausgeschlossen wurden Magazine, Zeitungen und Schulbücher. Da diese Angaben nur für die 5. Welle der Befragung zu finden sind, wurde diese Variable nur in der Analyse der Querschnittsbefragung der Welle 5 herangezogen.

Ausbildungsstufe	ISCED-97 Level	Welle 5 Querschnitt	Welle 2 Längsschnitt	Welle 4 Längsschnitt	Welle 5 Längsschnitt
Primarbereich	Vorschulische Erziehung	0,1%	-	-	-
	Grundbildung	12,6%	23,5%	21,6%	20,2%
Sekundarbereich	Sekundarbildung I/Untersufe, Mittelstufe	11%	8%	8,9%	9,9%
	Sekundarbildung II / Oberstufe	47,7%	44,5%	44,6%	44,5%
Tertiärbereich	Postsekundäre Bildung	3,6%	4,6%	4,8%	4,5%
	Tertiäre Bildung, erste Stufe	22,2%	19,3%	20,1%	20,9%
	Tertiäre Bildung, Forschungsqualifikation	2,8%	-	-	-
N (gültig)		2858	243	276	297
Missing		49	5	7	5

Tabelle 5: Univariate Verteilung der ISCED-97 Skala in Einzelstichproben der SHARE-Daten (Welle 2-5). Pensionierte Personen in Österreich.

Bücher im Alter von 10 Jahren	Welle 5 Querschnitt	Welle 2 Längsschnitt	Welle 4 Längsschnitt	Welle 5 Längsschnitt
Keine oder sehr wenige (0-10 Bücher)	40%	-	-	42,6%
Etwa ein Regalbrett voll (11-25 Bücher)	24%	-	-	29,1%
Etwa ein Bücherregal voll (26-100 Bücher)	20,8%	-	-	20,6%
Etwa zwei Bücherregale voll (101-200 Bücher)	6,7%	-	-	5,1%
Zwei oder mehr Bücherregale (über 200 Bücher)	8,5%	-	-	2,7%
N (gültig)	2832	-	-	296
Missing	26	-	-	1

Tabelle 6: Univariate Verteilung der Variable „Bücher im Alter von 10 Jahren“ in Einzelstichproben der SHARE-Daten (Welle 2-5). Pensionierte Personen in Österreich.

4.3.2.3. Finanzielle Ressourcen

Sofern auf Basis der Daten möglich, wurde versucht, subjektive und objektive Variablen zu kombinieren, weil theoretisch sowohl subjektive, als auch objektive Elemente als wichtig für die Charakterisierung sozialer Ungleichheit in der nachberuflichen Phase beschrieben wurden. Um die finanzielle Situation der Befragten zu beschreiben wurden deshalb einerseits die Perzentile des monatlichen Nettohaushalts-Einkommens und andererseits die subjektive Bewertung der finanziellen Situation herangezogen. Die Perzentile des monatlichen Haushalt-Nettoeinkommens wurden für jede Welle getrennt zur Verfügung gestellt. Diese wurden deshalb auch getrennt in Quer- und Längsschnittsberechnungen einbezo-

gen. Die Variablen zeigen an, in welches Perzentil der wellenspezifischen Einkommensverteilung der Haushalt der befragten Person fällt. Umso höher das Perzentil, desto höher ist auch das Einkommen dieses Haushalts. Aufgrund der Datenimputation dieser Variable im easySHARE-Datensatz gab es keine fehlenden Werte (Hunkler et al. 2015) (Tab. 7).

Perzentile des monatlichen Netto-Haushaltseinkommens (Netto)	Welle 5 Querschnitt	Welle 2 Längsschnitt	Welle 4 Längsschnitt	Welle 5 Längsschnitt
1	7,8%	7,8%	10,5%	8,4%
2	11,1%	15,6%	12%	15,8%
3	10,7%	9,5%	11,6%	13,1%
4	10,4%	10,7%	13,8%	10,4%
5	10%	9,5%	10,9%	8,1%
6	11%	7,8%	10,9%	11,8%
7	10,6%	9,9%	9,4%	11,1%
8	10,3%	10,7%	5,4%	8,4%
9	9,7%	7%	6,2%	7,1%
10	8,5%	11,5%	9,4%	5,7%
	100%	100%	100%	100%
N (gültig)	2858	243	276	297
Missing	0	0	0	0

Tabelle 7: Univariate Verteilung der Variable „Perzentile des Netto-Haushaltseinkommens“ in Einzelstichproben der SHARE-Daten (Welle 2-5). Pensionierte Personen in Österreich.

Um die subjektive Seite der finanziellen Ressourcen der Befragten zu messen, wurden die TeilnehmerInnen im Fragebogen gefragt, wie sie ihre finanzielle Situation einschätzen („*Wenn Sie an das gesamte Haushaltseinkommen im Monat denken – was würden Sie dann sagen, wie Ihr Haushalt finanziell über die Runden kommt?*“). Diese Frage wurden anhand einer 4-stufigen Skala bewertet (Tab. 8). Für die multivariaten Modelle wurde später aufgrund der geringen Fallzahlen von Personen mit großen Schwierigkeiten jene mit gewissen und großen Schwierigkeiten in eine Gruppe zusammengefasst.

Auskommen mit finanziellen Ressourcen	Welle 5 Querschnitt	Welle Längsschnitt	2 Welle 4 Längsschnitt	Welle 5 Längsschnitt
Mit großen Schwierigkeiten	2,6%	5%	1,5%	2%
Mit gewissen Schwierigkeiten	13,6%	22,4%	15,6%	14,7%
Einigermaßen problemlos	35,3%	41,5%	42,2%	42%
Völlig problemlos	48,5%	31,1%	40,7%	41,3%
	100%	100%	100%	100%
N (gültig)	2832	241	275	293
Missing	26	2	1	4

Tabelle 8: Univariate Verteilung der Variable Auskommen mit finanziellen Ressourcen in Einzelstichproben der SHARE-Daten (Welle 2-5). Pensionierte Personen in Österreich.

4.3.2.4. Lebensform & Geschlecht

Die Lebensform der Befragten wurde jeweils bei der ersten Teilnahmewelle abgefragt und mögliche Änderungen in den jeweils darauffolgenden Wellen aktualisiert. Sofern es zwischen den Wellen keine Änderungen im Familienstand der befragten Person gab, wurde die Information des ersten Interviews weitergeschrieben (Stuck et al. 2015), für die Auswertung wurde die Lebensform dichotomisiert (Tab. 9).

Lebensform	Familienstand	Welle 5 Querschnitt	Welle Längsschnitt	2 Welle Längsschnitt	4 Welle Längsschnitt	5 Welle Längsschnitt
Partnerschaft	Verheiratet und mit dem/der Ehepartner/in zusammenlebend	60,3%	51,9%	55,8%	53,2%	
	Eingetragene Partnerschaft (gem. EP-Gesetz)	0,4%	-	0,4%	-	
	Verheiratet, getrennt vom/von der Ehepartner/in lebend	1,5%	2,1%	1,8%	1,3%	
Ohne Partnerschaft	Ledig	7,3%	10,3%	8,3%	9,4%	
	Geschieden	12%	8,2%	7,6%	7,1%	
	Verwitwet	18,5%	27,6%	26,1%	29%	
		100%	100%	100%	100%	
N (gültig)		2827	243	276	297	
Missing		31	0	0	0	

Tabelle 9: Univariate Verteilung der Variable Lebensform in Einzelstichproben der SHARE-Daten (Welle 2-5). Pensionierte Personen in Österreich.

Das Geschlecht wurde dichotomisiert anhand der Kategorien „männlich“ und „weiblich“ abgefragt (Tab. 10). In sehr wenigen Fällen hat sich die Geschlechts-

zuschreibung der befragten Personen zwischen Erhebungszeitpunkten verändert – in diesen Fällen wurde der Wert als unplausibel ausgewiesen (Stuck et al. 2015).

Geschlecht	Welle 5 Querschnitt	Welle 2 Längsschnitt	Welle 4 Längs- schnitt	Welle 5 Längsschnitt
Weiblich	53,9%	54,3%	54,7%	54,5%
Männlich	46,1%	45,7%	45,3%	45,5%
	100%	100%	100%	100%
N (gültig)	2858	243	276	297
Missing	0	0	0	0

Tabelle 10: Univariate Verteilung der Variable Geschlecht in Einzelstichproben der SHARE-Daten (Welle 2-5). Pensionierte Personen in Österreich.

4.3.2.5. Gesundheit

Auch für die Erhebung der Gesundheit wurde eine subjektive Messung mit einer objektiven kombiniert: Sowohl die subjektive Gesundheitseinschätzung als auch die Anzahl chronischer Krankheiten wurde berücksichtigt. Die subjektive Gesundheitseinschätzung wurde randomisiert am Beginn oder am Ende des Gesundheits-Moduls angeführt und später kombiniert. In der weiteren Auswertung wurden aufgrund der geringen Fallzahlen die Personen mit mittelmäßiger und schlechter Gesundheit in eine Kategorie zusammengefasst (Tab. 11). Die Anzahl chronischer Krankheiten stand als metrische Variable zur Verfügung und ist eine generierte Variable aus der Frage, welche der in einer Liste vorliegenden chronischen Krankheiten bereits von medizinischem Personal mindestens einmal diagnostiziert wurden. Die Variable wurde in jeder Welle aktualisiert, obwohl die Liste zwischen Wellen leicht verändert wurde (Stuck et al. 2015).

Subjektiver Gesundheitszustand	Gesund-	Welle 5 Querschnitt	Welle Längsschnitt	2 Welle Längsschnitt	4 Welle Längsschnitt	5 Welle Längsschnitt
Ausgezeichnet		6,8%	8,2%	5,8%	3,4%	
Sehr gut		22,7%	20,6%	22,1%	16,8%	
Gut		35,2%	44,4%	35,5%	40,1%	
Mittelmäßig		27,1%	21,8%	30,8%	31,3%	
Schlecht		8,2%	4,9%	5,8%	8,4%	
		100%	100%	100%	100%	
N (gültig)		2857	243	276	292	
Missing		1	0	0	5	

Tabelle 11: Univariate Verteilung der Variable Subjektiver Gesundheitszustand in Einzelstichproben der SHARE-Daten (Welle 2-5). Pensionierte Personen in Österreich.

4.3.3. Soziale Aktivitäten

Im Folgenden wird untersucht, inwiefern sozialstrukturelle Rahmenbedingungen die Lebensqualität im Alter vorzeichnen und welche Möglichkeiten des Aufbaus von Lebensqualität – etwa durch die Teilnahme an nachberuflicher Bildung – bestehen. Da Bildung im Alter allerdings ein weiterer Bildungsbegriff zu Grunde liegt als in jüngeren Jahren (Kruse 2009) und sich dem Begriff der Partizipation (Schultze 1995) annähert, wurden neben der Teilnahme an Fort- und Weiterbildung auch ehrenamtliches Engagement und die Teilnahme an Vereinsaktivitäten oder politischem Engagement berücksichtigt. Im Weiteren ist deswegen allgemeiner von sozialen Aktivitäten die Rede. Zur empirischen Untersuchung wurde die Teilnahme an sozialen Aktivitäten in den letzten 12 Monaten herangezogen. In der Welle 5 der SHARE-Befragung wurden sieben soziale Aktivitäten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung getestet. Um den Einfluss sozialer Aktivitäten im Zeitverlauf messen zu können, wurden nur jene Aktivitäten in die Berechnungen inkludiert, die in allen verwendeten Wellen zur Verfügung standen. Die Beteiligungsquoten an den ausgewählten Aktivitäten sind in Tab. 12 dargestellt.

Soziale Aktivitäten	Welle 5 Querschnitt	Welle 2 Längsschnitt	Welle 4 Längsschnitt	Welle 5 Längs- schnitt
Unentgeltliche bzw. freiwillige Arbeit bei Wohltätigkeitsorganisationen/ -veranstaltungen	19,7%	11,5%	21,7%	21,9%
Teilnahme an einem Fort- oder Weiterbildungskurs	10,2%	6,2%	10,5%	14,4%
Teilnahme an Aktivitäten von Vereinen (z.B. Sport- oder Heimatverein)	35,1%	25,1%	33%	41,4%
Teilnahme an Aktivitäten einer politischen Organisation oder Bürgerinitiative	7,1%	5,3%	8,3%	6,5%
n	2858	243	276	297

Tabelle 12: Beteiligungsquoten an sozialen Aktivitäten nach Wellen. Pensionierte Personen in Österreich.

4.4. Hypothesen

Der folgende Teil der Arbeit widmet sich der empirischen Bearbeitung des Forschungsinteresses. Im Vordergrund stehen dabei drei Fragenkomplexe: (1) Welcher Zusammenhang besteht zwischen Alter und Lebensqualität und verändert sich die Lebensqualität in der nachberuflichen Phase? Wie stellt sich dieser Zusammenhang für unterschiedliche soziale Gruppen dar? (2) Wirken sozialstrukturelle Rahmenbedingungen als soziale Ressourcen oder die Teilnahme an sozialen Aktivitäten stärker auf die Lebensqualität in der nachberuflichen Phase? (3) Wie verändern sich diese Zusammenhänge zwischen mehreren Erhebungswellen? Kommt es dabei zur Kontinuität, Kumulation oder Destrukturierung sozialer Ungleichheiten?

Mit Blick auf die dargestellte Literatur und anhand der Operationalisierung lassen sich folgende Hypothesen für die empirische Analyse ableiten:

H1: Die Lebensqualität nimmt in der nachberuflichen Phase zwischen Altersgruppen ab, wobei jüngere Altersgruppen eine höhere Lebensqualität angeben als ältere.

H1a: In allen Altersgruppen besteht eine negative Korrelation zwischen Lebensqualität und biologischem Alter.

H1b: Für Personen mit hohen sozialen Ressourcen bestehen geringere Unterschiede in der Lebensqualität zwischen Altersgruppen als für jene mit niedrigeren sozialen Ressourcen.

H2: Die Unterschiede in der Lebensqualität zwischen Kontrastgruppen im Bezug auf soziale Ressourcen (Bildung, Einkommen, Lebensform, Geschlecht und Gesundheit) bleiben in höheren Altersgruppen bestehen oder werden größer, d.h. es kommt zu einer Kontinuität oder Kumulation sozialer Unterschiede in den höheren Altersgruppen.

H2a: Personen mit niedrigerer Primärausbildung und niedrigerem Bildungshintergrund der Eltern geben signifikant niedrigere Lebensqualität an als jene mit hoher Primärausbildung und hohem Bildungshintergrund der Eltern.

H2b: Personen mit niedrigem Einkommen geben signifikant niedrigere Lebensqualität an als jene mit hohem Einkommen.

H2c: Alleinstehende und Frauen geben signifikant niedrigere Lebensqualität an als Personen in Partnerschaften und Männer.

H2d: Personen mit schlechtem Gesundheitszustand geben signifikant niedrigere Lebensqualität an als jene mit gutem Gesundheitszustand.

H2e: Diese Unterschiede bleiben über alle Altersgruppen hinweg bestehen (Kontinuität) oder werden größer (Kumulation).

H3: Die Teilnahme an sozialen Aktivitäten nimmt einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität in der nachberuflichen Phase.

H3a: Personen die an sozialen Aktivitäten teilnehmen geben eine höhere Lebensqualität an als Personen die dies nicht tun.

H3b: Gleichzeitig ist die Teilnahme an sozialen Aktivitäten selektiv, d.h., dass vermehrt jene Personen teilnehmen, die über hohe soziale Ressourcen verfügen.

H4: In den Regressionsmodellen nehmen soziale Ressourcen einen stärkeren Einfluss auf die Lebensqualität in der nachberuflichen Phase als die Teilnahme an sozialen Aktivitäten.

H5: Zwischen mehreren Messzeitpunkten gewinnt der Einfluss der soziale Ressourcen auf die Lebensqualität in der nachberuflichen Phase an Bedeutung.

5. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel sind die Ergebnisse der empirischen Untersuchungen dargestellt. Der erste Abschnitt beschäftigt sich mit der Frage, wie sich die Lebensqualität im der nachberuflichen Phase zwischen jüngeren und älteren Altersgruppen darstellt und welche Hinweise die Ergebnisse aus einer Längsschnitts- und Querschnittsperspektive liefern. Darauf aufbauend wird im zweiten und dritten Abschnitt untersucht, welche sozialen Gruppen sich bezüglich ihrer Lebensqualität unterscheiden, wie sich diese Unterschiede im Altersgruppenvergleich verändern und wie die Lebensqualität durch die Teilnahme an Aktivitäten beeinflusst wird. Anschließend werden in multivariaten Modellen mehrere Einflussfaktoren berücksichtigt und herausgearbeitet, wie sich der Einfluss unterschiedlicher Dimensionen auf die Lebensqualität zwischen Messzeitpunkten verändert. Abschließend werden die Ergebnisse diskutiert.

5.1. Lebensqualität & Alter(n)

Die Lebensqualität wurde im Rahmen der SHARE-Befragung mit CASP-12 Skala getestet. Diese Kurzversion der CASP-19 Skala testet die Lebensqualität anhand vier Dimensionen (Control, Autonomy, Self-Realisation, Pleasure). Die subjektive Lebensqualität nimmt einen theoretischen Wertebereich von 12 bis 48 Punkten ein und wurden in vier Stufen eingeteilt (von dem Knesebeck et al 2005; Tab.13).

Übersichtstabelle: CASP-12 Quality of Life	
Wertebereich	Zuordnung
41-39	Sehr hohe Lebensqualität (LQ)
39-37	Hohe LQ
37-35	Mäßige LQ
Unter 35	Niedrige LQ

Dimension	Item (Beispiel)
Kontrolle	„Wie oft fühlen Sie sich ausgeschlossen?“
Autonomie	„Wie oft denken Sie sich, dass Sie die Dinge tun können, die Sie tun möchten?“
Selbstverwirklichung	„Wie oft haben Sie das Gefühl, dass das Leben viele Chancen bietet?“
Wohlbefinden	„Wie oft freuen Sie sich auf den nächsten Tag?“

Tabelle 13: Stufen der CASP-Skala und verwendete Items der vier Dimensionen.

5.1.1. Querschnitt Welle 5 (2013)

Für eine erste Annäherung an die Fragestellung wurden Personen in der 5. Welle der SHARE-Befragung in Österreich untersucht, die sich zum Zeitpunkt der Befragung bereits in Pension befanden (n=2858). Der Wertebereich der CASP-Skala liegt in der untersuchten Stichprobe zwischen 13 und 48 Punkten. Durchschnittlich geben die Befragten eine Lebensqualität von 40,13 (STD: 5,6) an, was einer durchschnittlich sehr hohen Lebensqualität in der Stichprobe entspricht.

Gleichzeitig zu einem hohem CASP-Durchschnittswert zeigt sich anhand der untersuchten Dimensionen auch, dass sich Gruppen mit negativer Lebensqualität finden, wobei sich hier Unterschiede zwischen den einzelnen Dimensionen zeigen. In der Dimension Kontrolle geben etwa 8% der Befragten an, sich oft oder manchmal ausgeschlossen zu fühlen, 6% der Befragten freuen sich nie oder nur selten auf den nächsten Tag (Wohlbefinden). In den Bereichen Autonomie und Selbstverwirklichung ist diese Gruppe größer: 17% der Befragten haben nie oder selten das Gefühl, dass das Leben viele Chancen bietet und 20% geben an, nie oder nur selten die Dinge tun zu können, die er oder sie gerne tun möchten. Eine negative Einschätzung der Lebensqualität findet sich also weniger stark in den Dimensionen Kontrolle und Wohlbefinden, dafür aber stärker in der Autonomie und Selbstverwirklichung. Welche gesellschaftlichen Gruppen im Bezug auf die Lebensqualität höhere oder niedrigere Werte als der Durchschnitt zeigen, wird in Kapitel 5.1.2. diskutiert.

Wie verändert sich nun die Lebensqualität zwischen unterschiedlichen Altersgruppen innerhalb der Befragung der Welle 5? Diese Frage wird zunächst querschnittlich anhand eines Altersgruppenvergleichs innerhalb der Welle 5 (2013) untersucht. Anschließend wird die Entwicklung der durchschnittlichen Lebensqualität im Längsschnitt zwischen den Wellen 2 und 5 (2006/07-2013) betrachtet. Diese Vorgehensweise ermöglicht eine differenziertere Betrachtung der Lebensqualität aufgrund der ungleich größeren Stichprobenzahlen für Querschnitts- (n=2858) und Längsschnittanalysen (n= zwischen 230-250 pro Welle) in der SHARE-Befragung. In der Welle 5 wurden sechs Altersgruppen untersucht, die von Unter-60-Jährigen bis Über-80-Jährige reichten. Auf Basis der Literatur

wurde angenommen, dass sich eine allgemeine Abnahme der Lebensqualität zwischen den Altersgruppen mit gleichzeitiger Zunahme der Varianz (steigende Heterogenität) zeigt (vgl. Motel-Klingebiel et al. 2004) und, dass es eine hohe Korrelation zwischen biologischem Alter und Lebensqualität in allen Altersgruppen gibt.

Tatsächlich findet sich in den Daten eine signifikante, mittelstarke Korrelation zwischen Lebensqualität und Alter (Pearson-R: 0,158**). Dieser Zusammenhang verändert sich allerdings zwischen den Altersgruppen sowohl in seiner Stärke, als auch in seiner Richtung: Die höchsten Korrelationen zwischen Lebensqualität und Alter finden sich in der untersten Altersgruppe (Unter 60-Jährige: 0,252**) und den höheren Altersgruppen (70-bis-79-Jährige: -0,122**). Stärkere Alterseffekte zeigen sich also vor allem in unteren und oberen Altersgruppen. Bei ‚jüngeren Alten‘ besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Alter und Lebensqualität während sich dieser Trend in der höheren Altersgruppe umdreht und negativ wird. Auch in der graphischen Darstellung der Durchschnittswerte wird dieser Effekt deutlich (Abb.1). Dabei zeigt sich, dass die Lebensqualität bis zur Altersgruppe 61-65 Jahre zunimmt und von 40 auf 42 Punkte steigt. Danach sinkt der Wert konstant bis 37,5 Punkte in der Altersgruppe der Über-81-Jährigen. Die Lebensqualität verringert sich also von der Stufe der sehr hohen Lebensqualität zum Grenzen der Stufe zwischen einer hohen und einer mäßigen Lebensqualität.

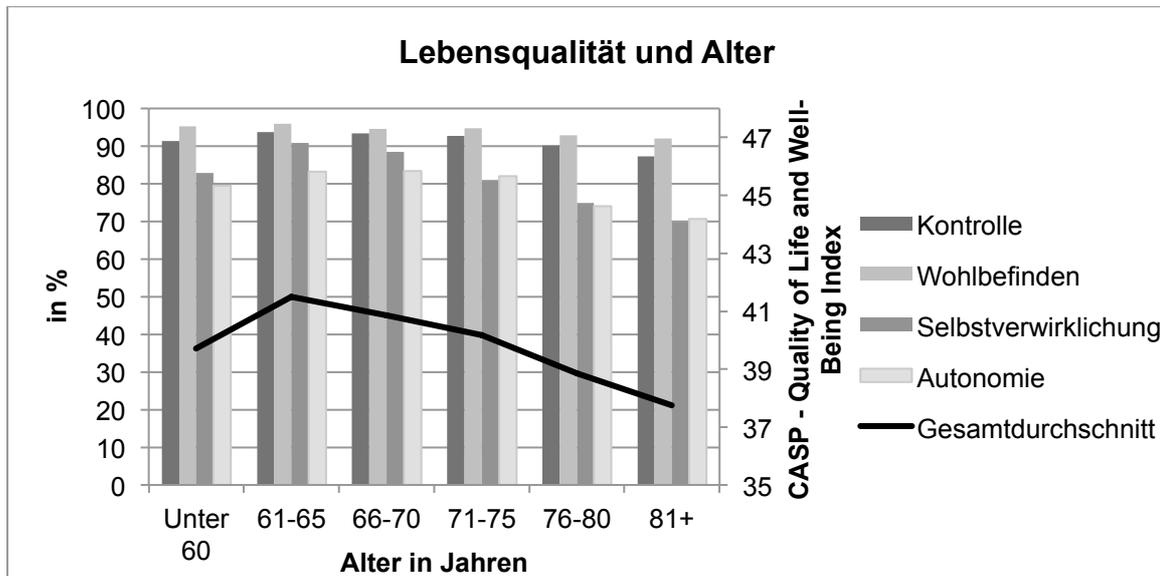


Abbildung 1: SHARE Welle 5 (Querschnitt). Durchschnittswerte der CASP-Skala nach Altersgruppen und Dimensionen Kontrolle, Autonomie, Selbstverwirklichung und Wohlbefinden. Pensionierte Personen in Österreich. (n=2858).

Gleichzeitig zeigt sich, dass die unterschiedlichen Dimensionen der CASP-Skala sich unterschiedlich zwischen den Altersgruppen verändern. So zeigen etwa die Dimensionen Kontrolle und Wohlbefinden nur wenig Veränderung zwischen den Altersgruppen (-6,5% bzw. -3,9% zwischen höchstem und niedrigstem beobachtetem Wert), während diese in den Dimensionen Autonomie und Selbstverwirklichung höher sind: So geben Personen zwischen 61 und 65 Jahren zu 91% an, dass das Leben ihnen viele Chancen bietet, während dies nur noch 70% der Über-81-Jährigen tun. Auch der Anteil jener, die Dinge tun können, die sie gerne tun möchten verringert sich zwischen den Altersgruppen um 12,5%. Für die Abnahme der Lebensqualität bei höheren Altersgruppen zeigen sich weniger subjektive Dimensionen wie ein positiver Zugang zum Leben oder die Aufrechterhaltung sozialer Netzwerke verantwortlich. Es lässt sich stattdessen eher in die Richtung von eingeschränkten Ressourcen im höheren Alter argumentieren: Sowohl das Gefühl, den Alltag selbstbestimmt gestalten zu können, als auch viele Chancen im Leben zu sehen sind davon abhängig, welche Möglichkeiten zur Gestaltung (zum Beispiel finanziell oder zeitlich) zur Verfügung stehen.

Durchschnittlich geben ältere Menschen in Österreich in der Stichprobe eine sehr hohe Lebensqualität an, gleichzeitig nimmt diese im Altersgruppenvergleich ab einem Alter von 61-65 Jahren linear ab. Allerdings zeigt sich vor diesem Alter ein Anstieg der Lebensqualität im Altersgruppenvergleich. Mit Blick auf die Literatur ist dieser Befund überraschend: Nicht erwartet wurde sowohl der Anstieg der Lebensqualität vor dem Alter von 65 Jahren und dem frühen Einsetzen einer alterskorrelierten Abnahme der Lebensqualität. Wie können diese Effekte gedeutet werden?

Die Dimensionen der Lebensqualität Kontrolle, Autonomie, Selbstverwirklichung und Wohlbefinden sind in unterschiedlichem Maße an den Veränderungen zwischen den Altersgruppen beteiligt. So zeigt sich nicht nur in der Abnahme im höheren Alter ein unterschiedlicher Trend zwischen den Dimensionen, sondern auch in der Zunahme der Lebensqualität in niedrigeren Altersgruppen. Die Dimensionen Wohlbefinden und Kontrolle steigen hier am wenigsten stark an (+0,9% bzw. +2,4%). Das Gefühl, ausgeschlossen zu sein oder sich auf den nächsten Tag zu freuen, zeigt hier also nur wenig Anstieg zwischen den Altersgruppen. Stärker ist der Anstieg in den Dimensionen Selbstverwirklichung und Autonomie – hier ist ein Anstieg von 8% bei jenen Personen zu beobachten, die viele Chancen und Möglichkeiten in ihrem Leben sehen und ein Anstieg von 3,8% bei Personen, die das Gefühl haben, sie können die Dinge tun, die sie gerne tun möchten. Die Zunahme der Lebensqualität zwischen Personen unter 60 Jahren und jenen zwischen 61 und 65 Jahren ergibt sich also durch ein gesteigertes Maß an Autonomie und Freiheit, das von jenen Personen erlebt wird. Dies könnte als Hinweis auf ein „drittes Lebensalter“ (Höpflinger 2015, S.3) gedeutet werden, das zwischen 60 und 65 Jahren erlebt wird und ein höheres Maß an Selbstständigkeit und Gestaltungsmöglichkeit eröffnet.

Dieser Befund ist überraschend: Die Gerontopsychologie geht von einem Wohlbefindens-Paradox der Lebensqualität im Alter ausgeht, weil sich häufig zeigt, dass Wohlbefinden und Lebensqualität im Alter stabil auf hohem Niveau bleiben, auch, wenn diese von alterskorrelierten Verlusten und Einschränkungen begleitet sind (Martin und Kliegel 2010). Im Bezug auf subjektives Wohlbefinden und das Empfinden von positivem und negativem Affekt wurde das Wohlbefindens-

Paradox empirisch mehrfach nachgewiesen (Pinquart 2001). Dieses lässt sich allerdings in zweierlei Hinsicht in den Daten nicht beobachten: Einerseits kommt es nicht zur Kontinuität der ein starker Abstieg der Lebensqualität folgt, sondern es zeigt sich ein linearer Abstieg der Lebensqualität etwa ab dem 65. Lebensjahr. Gleichzeitig setzt die Abnahme der Lebensqualität relativ früh ein. Wie lässt sich das erklären?

Erstens zeichnet die Betrachtung des Gesamtdurchschnitts der Stichprobe ein zu einfaches Bild. Wie sich in der Betrachtung der Lebensqualität nach unterschiedlichen Bildungsgruppen zeigt, stellt sich die Abnahme der Lebensqualität nach Altersgruppen für Personen mit unterschiedlicher Erstausbildung unterschiedlich dar (Abb. 2). In allen drei Bildungsgruppen zeigt sich eine signifikante, mittelstarke Korrelation zwischen der Lebensqualität und dem Alter (Primarbereich: $-0,159^{**}$, Sekundarbereich: $-0,142^{**}$, Tertiärbereich: $-0,134^{**}$). Trotzdem zeigt sich, dass es vor allem Personen mit einer Ausbildung, die dem Sekundarbereich entspricht, sind, die im Altersgruppenvergleich stärker an Lebensqualität verlieren als solche mit einer tertiären Ausbildung oder einer Schulbildung im Primarbereich. Personen im Sekundarbereich geben im Alter zwischen 61 und 65 Jahren durchschnittlich eine Lebensqualität von 41,4 an, was einer sehr hohen Lebensqualität entspricht. Diese nimmt in den höheren Altersgruppen kontinuierlich ab und bleibt mit einem Wert von 38 auf der Stufe der hohen Lebensqualität. Die Lebensqualität jener Personen, die eine Ausbildung im Tertiärbereich absolviert haben verändert sich hingegen zwischen Altersgruppen nur innerhalb der Kategorie der sehr hohen Lebensqualität: Sie variiert über alle Altersgruppen zwischen 42 und 39,5 Punkten. AbsolventInnen der Primarstufe hingegen zeigen über alle Altersgruppen hinweg signifikant niedrigere Werte in der Lebensqualität als die Vergleichsgruppen. Sie verändern sich von einem Höchstwert von 39 im Alter von 61-65 Jahren hin zu einem moderaten Wert der Lebensqualität von 36,5. AbsolventInnen des Sekundarsektors „verlieren“ damit durchschnittlich 4 Punkte an Lebensqualität, während es bei Personen mit tertiärer Bildung nur 2,5 und bei Personen mit Primärausbildung 3 Punkte sind. Dies verweist darauf, dass bildungsprivilegierte und bildungsbenachteiligte Gruppen weniger starke Variationen der Lebensqualität in der nachberuflichen Phase erleben, sondern dass die Dynamik der Gesamtverteilung primär durch Personen im Sekundarbereich

reich bedingt ist. Eine Abnahme der Lebensqualität zwischen den Altersgruppen lässt sich also in allen Bildungsgruppen finden – sie trifft allerdings unterschiedliche Gruppen in unterschiedlich starkem Ausmaß.

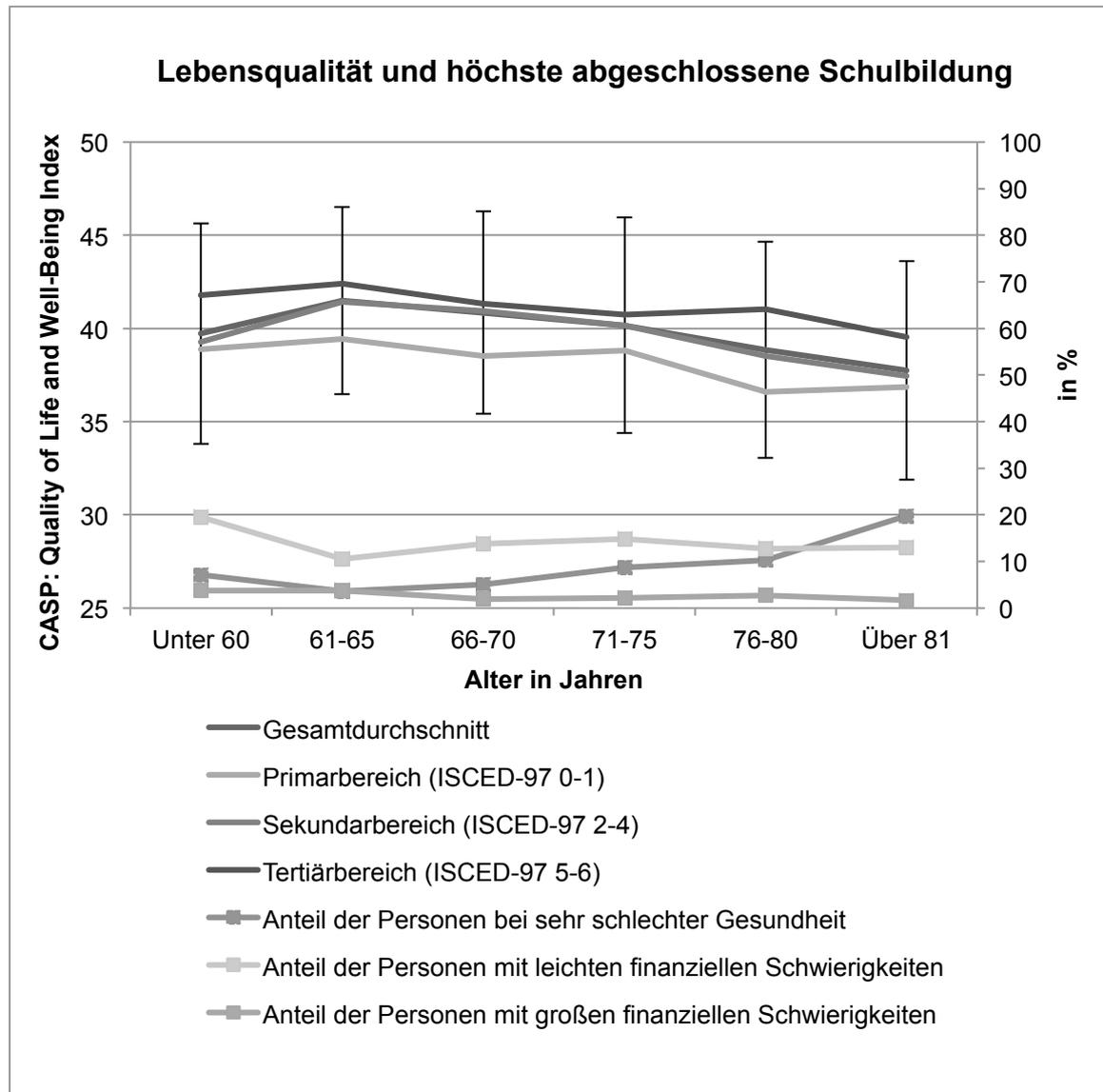


Abbildung 2: SHARE Welle 5 (Querschnitt). Durchschnittswerte der CASP-Skala nach Alter und Bildung. Anteil der Personen bei sehr schlechter Gesundheit und mit finanziellen Schwierigkeiten. Pensionierte Personen in Österreich. (n=2858).

Dass die Dynamik der Abnahme der Lebensqualität AbsolventInnen der Sekundarstufe am stärksten trifft, könnte vor dem Hintergrund der politischen Ökonomie des Alters darauf verweisen, dass sich Muster der sozialen Ungleichheit – im Rahmen von höherer Lebensqualität von Bildungsprivilegierten und niedrigerer Lebensqualität von Bildungsbenachteiligten – nach dem Erwerbsleben verstetigen, während sich für eine Mittelgruppe in der nachberuflichen Phase eine

stärkere Dynamik in der Lebensqualität ergibt. Diese Dynamik der nachberuflichen Phase ist im Bezug zur Lebensqualität von der Gesundheit beeinflusst: So zeigt sich, dass in der Altersgruppe der 61-65-Jährigen gleichzeitig mit einem Negativtrend der Lebensqualität auch ein Aufwärtstrend des Anteils jener Personen, die ihre subjektive Gesundheit sehr schlecht einschätzen, ansteigt (Abb. 2).

Davon ausgehend differenziert sich die Lebensqualität innerhalb jener Personen mit Sekundarabschluss und zwar vor allem bei jenen mit sehr schlechter selbst eingeschätzter Gesundheit. So ist auch bei Personen, die ihre Gesundheit sehr schlecht einschätzen der Zusammenhang zwischen Alter und Lebensqualität stärker als Personen mit einer positiveren Gesundheitseinschätzung (Pearsons-R: Schlechte & sehr schlechte subj. Gesundheit $-0,135^{**}$, Gute subj. Gesundheit: $-0,071^*$; Sehr gute & exzellente subj. Gesundheit: $0,081^*$). Hier zeigt sich, dass sich die Gruppe der Personen mit Sekundarabschluss anhand des Gesundheitszustandes ausdifferenziert und sich unterschiedliche Muster der Lebensqualität zwischen Altersgruppen ergeben: Jene Personen die bei exzellenter oder sehr guter subjektiver Gesundheit sind zeigen keine signifikanten Unterschiede zwischen Altersgruppen, während bei jenen mit guter Gesundheit und jenen mit schlechter und sehr schlechter subjektiv eingeschätzter Gesundheit jeweils eine signifikante Abnahme der Lebensqualität zwischen den Altersgruppen erkennbar ist (jew. $p < 0,01$). Das bedeutet: Die vergleichsweise starken Alterseffekte innerhalb jener Personen mit Sekundärabschluss lassen sich anhand der subjektiven Gesundheit weiter ausdifferenzieren: Bei jenen mit guter Gesundheit sind kaum Unterschiede zwischen Altersgruppen erkennbar, sie nähern sich in ihrer Lebensqualität jenem Niveau der Personen mit tertiärer Schulbildung an. Jene mit schlechter Gesundheit hingegen zeigen eine signifikante Abnahme der Lebensqualität zwischen den Altersgruppen und nähern sich in ihrem durchschnittlichen Wert jenem der PrimarabsolventInnen an: So erreichen jene mit guter Gesundheit über alle Altersgruppen verteilt Werte, die einer sehr guten Lebensqualität zugeordnet werden können und im selben Wertebereich jener der TertiärabsolventInnen liegen (zwischen 42 (61-65-Jährige) und 43 (81+) Punkten), während sich Personen bei schlechter subjektiver Gesundheit zwischen 61 und 65 Jahren (38,5 Punkte) eine hohe Lebensqualität und ab 81 Jahren eine niedrige Lebens-

qualität von 35 Punkten angeben und damit ähnlich hohe Werte wie PrimarabsolventInnen aufweisen.

Zweitens: Neben der Differenzierung nach Bildungsgruppen hat auch die Gesundheit einen starken Einfluss auf die Lebensqualität Älterer. Während das biologische Alter und die Lebensqualität in der bivariaten Betrachtung noch stärker miteinander korrelieren (Pearson: $-0,158^{**}$), verringert sich diese Effektstärke bei Konstanthaltung der Gesundheit deutlich ($-0,076^{**}$), bleibt allerdings signifikant ($p < 0,05$). Gleichzeitig zeigt sich, dass das biologische Alter allein etwa 2,5% der Gesamtvarianz der Lebensqualität erklärt (Angepasstes R-Quadrat: 0,025), während Gesundheit allein etwa ein Fünftel der Gesamtvarianz erklärt (Veränderung R-Quadrat (Angepasst): 0,198). Die Lebensqualität im Alter ist damit stark vom gesundheitlichen Wohlbefinden beeinflusst, gleichzeitig begründet die Gesundheit allein noch keinen befriedigenden Erklärungswert des Modells.

Drittens muss auch darauf hingewiesen werden, dass sich eine Abnahme der Lebensqualität in höheren Altersgruppen zwar auch anhand der allgemeinen Lebenszufriedenheit zeigen, hier aber der Effekt weniger stark ist und die Abnahme der Lebenszufriedenheit auch erst in höheren Altersgruppen einsetzt. Im Fragebogen konnten die Befragten ihre allgemeine, selbst-eingeschätzte Lebensqualität auf einer Skala von 0 bis 10 Punkten bewerten und es zeigt sich: Die Lebenszufriedenheit steigt bis zu einem Alter von 56 bis 60 Jahre um durchschnittlich einen ganzen Punkt an (Unter 55: 7,04 und 56-60 Jahre 8,09 Punkte Gesamtdurchschnitt) und bleibt dann bis ins hohe Alter (75 Jahre) relativ konstant auf einem Wert von 8,19-8,11 Punkten. Erst mit über 80 Jahren nimmt die Lebenszufriedenheit wieder ab. Dies entspricht Befunden zum Wohlbefindens-Paradoxon (Pinquart, 2001) und könnte darauf verweisen, dass die allgemeine Lebenszufriedenheit im Alter zwar hoch bleibt, sich allerdings in einzelnen Dimensionen (wie Autonomie und Selbstständigkeit) Einschränkungen ergeben, die von Älteren tendenziell negativer eingeschätzt werden als von Jüngeren.

5.1.2. Längsschnitt Welle 2-5 (2006/07-2013)

Vergleicht man nun die durchschnittlichen Werte der Lebensqualität an den unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten (Welle 2: 2006/07, Welle 4: 2011 und Welle 5: 2013) im Längsschnitt, so zeigt sich: Im Zeitverlauf nimmt die Lebensqualität nicht ab, sie steigt sogar zwischen den Messzeitpunkten leicht an. So beträgt die durchschnittliche Lebensqualität zum 1. Messzeitpunkt 38,78 Punkte, zum 2. Messzeitpunkt 39,61 Punkte und zum 3. Messzeitpunkt 40,1 Punkte (Tab. 14).

Erhebungswelle	Erhebungsjahr	Durchschnittswert CASP-Skala (Gesamtstichprobe)	n
2	2006/07	38,78	235
4	2011	39,61	243
5	2013	40,1	261

Tabelle 14: SHARE Welle 2-5. Durchschnittswerte der CASP-Skala nach Messzeitpunkten. Pensionierte Personen in Österreich.

Während sich also in der Betrachtung im Querschnitt zeigt, dass die Lebensqualität im höheren Alter abnimmt, finden sich hier Hinweise darauf, dass das Wohlbefinden sogar im höheren Alter leicht zunimmt. Wie lassen sich diese gegensätzlichen Befunde deuten?

Es könnte sich dabei um Generationeneffekte handeln. Generationenansätze versuchen Alterungsprozesse nicht als biologischen Determinismus zu verstehen, sondern unterschiedliche Altersgruppen und Geburtskohorten in einen generationenspezifischen, kulturell-historischen Erfahrungs- und Erlebenszusammen einzubetten (Mannheim 1928/29). Vor diesem Hintergrund nehmen Lebensqualität oder auch Kompetenzen nicht mit dem Alter per se ab – die derzeit älteren Generationen zeigen jedoch durchschnittlich niedrigere Werte, weil sie unter anderen Bedingungen leben und sozialisiert wurden. Aus dem Blickwinkel einer politische Ökonomie des Alters lässt sich der Rückgang von Lebensqualität im Alter nicht als biologischen Prozess, sondern als Resultat von unterschiedlichen Formen der Verteilung von Gütern und Ressourcen in einer Gesellschaft verstehen. Vor diesem Hintergrund lässt sich ableiten: Mit dem Alter nimmt die Lebensqualität nicht automatisch ab. Sehr wohl zeigen aber derzeit

höhere Altersgruppen ein niedrigeres Maß an Lebensqualität. Dieses lässt sich allerdings nicht als Resultat eines biologischen Abbauprozesses verstehen, sondern eher als Folge von aktuellen Vergesellschaftungsformen älterer Menschen in Österreich.

5.1.3. Zusammenfassung

Die Datenanalyse zeigt, dass es signifikante Unterschiede in der Lebensqualität zwischen Altersgruppen und eine Korrelation zwischen Alter und Lebensqualität im Allgemeinen gibt. Dabei lassen sich die Altersgruppen unterteilen in ein „drittes Lebensalter“ (Höpflinger 2015, S.3), das durch Zugewinne in der Autonomie und Selbstbestimmung und höhere Altersgruppen ihre Lebensqualität positiver bewerten, und ein späteres Alter, in dem höhere Altersgruppen ihre Lebensqualität negativer einschätzen. Die differenziertere Betrachtung dieser Entwicklung anhand unterschiedlicher Bildungsgruppen und Gruppen mit unterschiedlichem Gesundheitsstatus zeigt auf, dass ein genereller Rückgang der Lebensqualität zwar in allen Gruppen erkennbar ist, das Ausmaß dieses Rückgangs allerdings sozial strukturiert ist: So bleiben Unterschiede in der Lebensqualität zwischen Hoch- und Niedriggebildeten bis ins hohe Alter konstant bestehen. Für die Mittelklasse der Personen mit Sekundärausbildung zeigt sich eine weitere Ausdifferenzierung anhand des subjektiven Gesundheitszustands: Personen mit sehr guter Gesundheit zeigen konstantere Werte der Lebensqualität und nähern sich dabei Werten der Personen mit tertiärer Ausbildung an, während jene SekundarabsolventInnen mit schlechter Gesundheit zwischen Altersgruppen stärker an Lebensqualität verlieren und sich in ihrem Durchschnittswert jenem der Personen mit maximal Primärausbildung annähern.

Im Bezug auf soziale Ungleichheiten in der Lebensqualität lässt sich anhand unterschiedlicher Bildungsgruppen in Richtung der Kontinuitätsthese (vgl. Clemens 2008) argumentieren. Die Unterschiede in der Lebensqualität zwischen Hoch- und Niedriggebildeten bleiben über alle Altersgruppen hinweg relativ konstant bestehen. Gleichzeitig bleibt auch die Varianz der Lebensqualität über alle Altersgruppen relativ konstant, was als Hinweis auf eine Kontinuität sozialer Ungleichheiten gedeutet werden kann.

5.2. Lebensqualität und soziale Ressourcen

Grundlegende Fragestellung dieser Arbeit ist es, welche Faktoren die Lebensqualität in der nachberuflichen Phase beeinflussen und wie sich diese mit und durch das Altern verändern. Besonderer Fokus liegt dabei einerseits auf den sozialen Rahmenbedingungen, die die Lebensqualität beeinflussen, andererseits auf individuellen Gestaltungsmöglichkeiten, die Spielräume für die Entwicklung von Lebenszufriedenheit schaffen. Bevor durch Regressionsmodelle geprüft wird, ob sozialstrukturelle Ressourcen oder individuelle Gestaltung in der nachberuflichen Phase stärkeren Einfluss auf die Lebensqualität nehmen und wie sich diese Einflussstärken durch das Altern verändern, werden in im Folgenden, die wichtigsten sozialen Unterschiede in der Lebensqualität bearbeitet und so versucht, Ressourcen auf ihren bivariaten Einfluss auf die CASP-Skala zu prüfen.

Um die Lebenslage älterer Menschen anhand ihrer sozialen Ressourcen zu skizzieren, werden neben materiellen auch immaterielle Dimensionen wie Bildung, Familienstand, Geschlecht und Gesundheit berücksichtigt. Soziale Unterschiede sollen in ihrer Mehrdimensionalität abgebildet werden. Anhand dieser unterschiedlichen sozialen Ressourcen wird versucht, die Gesamtheit der äußeren Bedingungen nachzuzeichnen, die Handlungsspielräume im Alter strukturieren, d.h. Lebenslagen zu skizzieren. Sie beschreiben vor dem Hintergrund unterschiedlicher Lebenslagen die „sozioökonomischen, soziokulturellen und soziobiologischen Lebensgrundlagen“ (Engels 2008, S. 643). Für die graphische Darstellung wurden jeweils Kontrastgruppen ausgewählt.

5.2.1. Bildungshintergrund

Der Bildungshintergrund der Befragten wurde anhand zweier Variablen untersucht. Anhand des Bildungsstands fanden sich signifikante Unterschiede zwischen Bildungsgruppen in allen untersuchten Altersgruppen ($p < 0,05$). Detaillierte Ergebnisse zu den Unterschieden in der Lebensqualität zwischen Personen mit Primar-, Sekundar- und Tertiärausbildung wurden im Detail bereits in Kapitel 5.1.1. besprochen. Zentrale Ergebnisse verweisen auf eine Kontinuität bildungsbedingter sozialer Ungleichheiten der Lebensqualität in der nachberuflichen Phase. Dies zeigt sich einerseits durch die Aufrechterhaltung signifikanter ($p < 0,05$) Unterschiede zwischen Bildungsgruppen in allen Altersgruppen; andererseits auch dadurch, dass die Unterschiede zwischen jenen mit Primärausbildung und Personen mit einer Ausbildung im Tertiärbereich bis ins hohe Alter aufrecht erhalten bleiben (Abb. 3).

Auch anhand des Bildungshintergrundes der Eltern ergeben sich signifikante Unterschiede ($p < 0,05$) in der durchschnittlichen Lebensqualität. Untersucht wurde dies anhand der Bücher, die in der Kindheit im Elternhaus vorhanden waren. Deutlich wird auch hier, dass sich sowohl die Lebensqualität im Gesamtdurchschnitt als auch jene mit niedrigem Bildungshintergrund (weniger als 10 Bücher) und hohem Bildungshintergrund (mehr als 100 Bücher) im Altersgruppenvergleich ähnlich verhält: In allen Gruppen zeigt sich zwischen Altersgruppen eine Zunahme der Lebensqualität bei den Unter-65-Jährigen mit anschließendem langsamen Absinken der durchschnittlichen Lebensqualität in höheren Altersgruppen. Diese Trends sind zwar in beiden Gruppen erkennbar, doch lassen sich Unterschiede im Altersverlauf ausmachen. So zeigt sich etwa, dass bei Personen mit niedrigem Bildungshintergrund der Anstieg der Lebensqualität bis zum Alter von 65 Jahren zwar stärker ausfällt als bei jenen mit hohem Bildungshintergrund (+2 Punkte statt +1,1 Punkte). Es zeigt sich allerdings auch, dass die Abnahme im höheren Alter zwischen Altersgruppen unterschiedlich verläuft. So lässt sich bei jenen mit niedrigem Bildungshintergrund eine konstante negativere Bewertung der Lebensqualität ab dem 65. Lebensjahr von knapp 41 Punkten (sehr hohe LQ) auf 37,1 Punkte (mäßige LQ) beobachten, während die Lebensqualität derer mit hohem Bildungshintergrund bis zu einem Alter von 80 Jahren ver-

gleichsweise konstant hoch bleibt und dann eine starke Abnahme von 41 Punkte auf 39 Punkte zwischen dem Alter von 76 bis 80 Jahre und Über-81-Jährigen erfährt. Dies könnte zur Annahme führen, dass Effekte des Alters – und damit auch Effekte von schlechter Gesundheit auf die Lebensqualität – Personen mit hohem Bildungshintergrund erst später im Lebenslauf treffen (ab etwa 75-80 Jahren), während Personen mit niedrigem Bildungshintergrund bereits ab dem 65. Lebensjahr mit Krankheiten zu kämpfen haben. Zusätzlich zeigt sich hier auch, dass Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen bis ins hohe Alter bestehen bleiben: Während sich jene mit niedrigem Bildungsstand von einer hohen Lebensqualität im jüngeren Alter zu einer mäßigen Lebensqualität über 80 Jahre entwickeln, bleibt die Lebensqualität jener mit hohem Bildungshintergrund – auch mit über 80 Jahren – mit durchschnittlich 39,1 Punkten im Bereich der sehr hohen Lebensqualität.

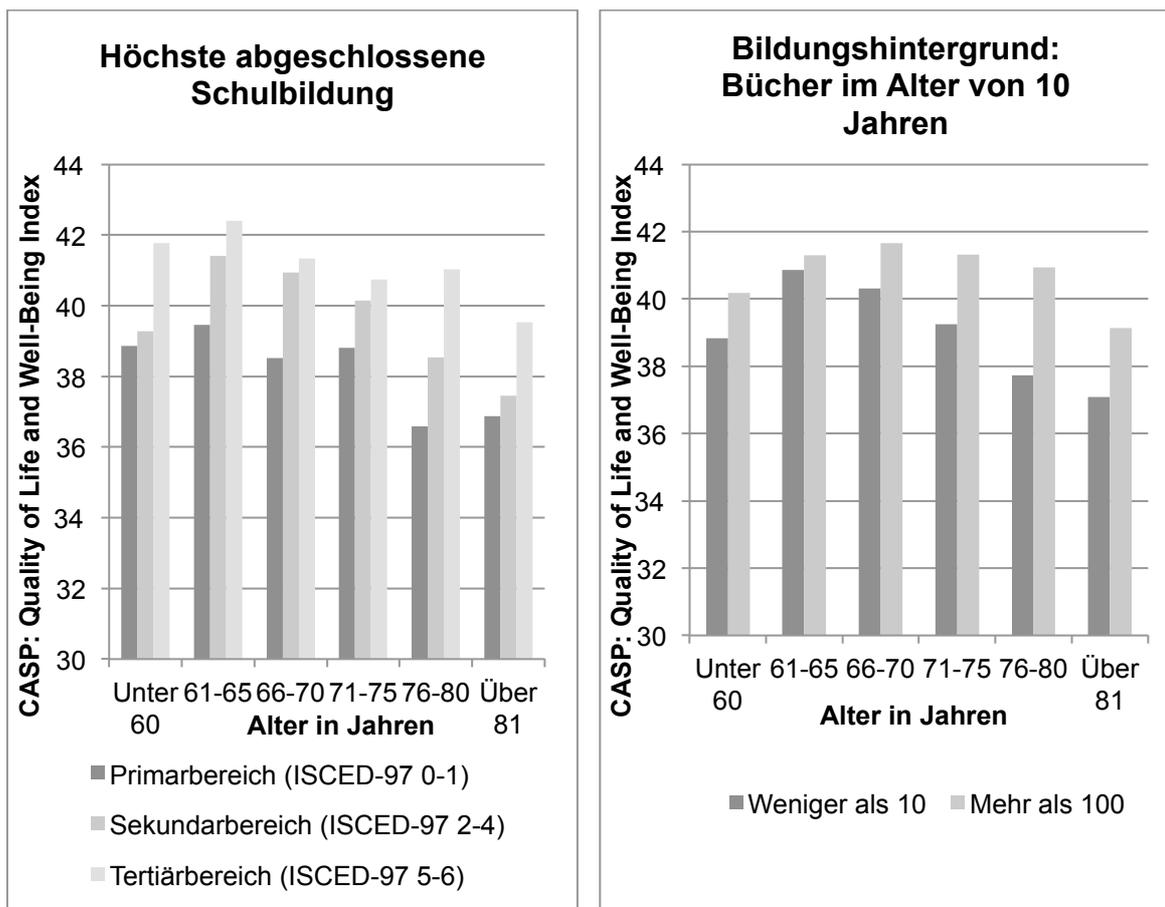


Abbildung 3: SHARE Welle 5 (Querschnitt). Durchschnittswerte der CASP-Skala nach Schulbildung (links, n=992) und Büchern im Haushalt im Alter von 10 Jahren (rechts, n=1439). Pensionierte Personen in Österreich.

5.2.2. Lebensform und Geschlecht

Neben dem Bildungshintergrund wurde auf Basis der Literatur auch ein Einfluss der Lebensform und des Geschlechts angenommen. Angenommen wurde dabei, dass sowohl ältere Alleinstehende als auch ältere Frauen eine niedrigere Lebensqualität als die Vergleichsgruppen aufweisen.

Tatsächlich zeigt sich, dass Frauen in der Stichprobe eine signifikant niedrigere Lebensqualität aufweisen als Männer ($p < 0,05$). Frauen geben durchschnittlich eine Lebensqualität von 39,7 an, während dieser Wert bei Männern bei 42,8 liegt. Männer zeichnen sich also durch eine überdurchschnittlich hohe Lebensqualität aus. Gleichzeitig zeigt sich, dass das Alter bei Frauen einen stärkeren Einfluss auf die Lebensqualität nimmt als bei Männern, obwohl der Korrelationskoeffizient in beiden Fällen signifikant ist ($p < 0,01$): Bei beiden Geschlechtern hat das Alter einen signifikanten, negativen Einfluss auf die Lebensqualität, bei Männern (Pearson R: -0,107**) allerdings weniger stark als bei Frauen (Pearson R: -0,203**). Im Vergleich von Altersgruppen zeigt sich dabei zusätzlich, dass zwar bei beiden Geschlechtern die bereits bekannten Muster der Zunahme der Lebensqualität unter 65 Jahren mit einer gefolgten stetigen Abnahme auftreten, allerdings beeinflussen diese Dynamiken die Unterschiede zwischen den Geschlechtern in unterschiedlicher Weise: Während der Aufwärtstrend in jüngeren Altersgruppen eher zu einer Harmonisierung der Geschlechterunterschiede beiträgt (Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Altersgruppe 61-65 Jahre: 0,09 Punkte), scheint die Abnahme im höheren Alter die benachteiligte Position von Frauen zu verschärfen, weil hier die Unterschiede zwischen den Geschlechtern größer werden (Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei den Über-81-Jährigen: 1,56 Punkte) (Abb. 4).

Umgekehrt scheint die Situation bei der Betrachtung nach unterschiedlichen Lebensformen zu wirken. Dabei wurden unverheiratete, geschiedene und verwitwete Personen jenen gegenübergestellt, die zum Befragungszeitpunkt verheiratet waren oder in einer eingetragenen Partnerschaft lebten. Nicht berücksichtigt wurde, ob die PartnerInnen im selben Haushalt lebten oder nicht. Zwar haben Personen, die in einer Partnerschaft leben im Durchschnitt eine signifi-

kant höhere Lebensqualität als Alleinstehende (Personen in Partnerschaft: 40,7 Punkte; Alleinstehende: 39,2 Punkte, $p < 0,05$), doch scheinen sich diese Unterschiede in der höheren Altersgruppen aufzulösen: So besteht zwischen den Gruppen in der Altersgruppe der Unter-60-Jährigen noch ein Unterschied von 2,3 Punkten der CASP-Skala, in den höheren Altersgruppen nimmt dieser Wert allerdings kontinuierlich ab und liegt bei den Über-81-Jährigen nur noch auf 0,35 Punkten (Abb.4). Während Geschlechterunterschiede sich in Bezug auf die Lebensqualität im höheren Alter also zu verschärfen scheinen, lösen sich Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Partnerschaft im höheren Alter auf.

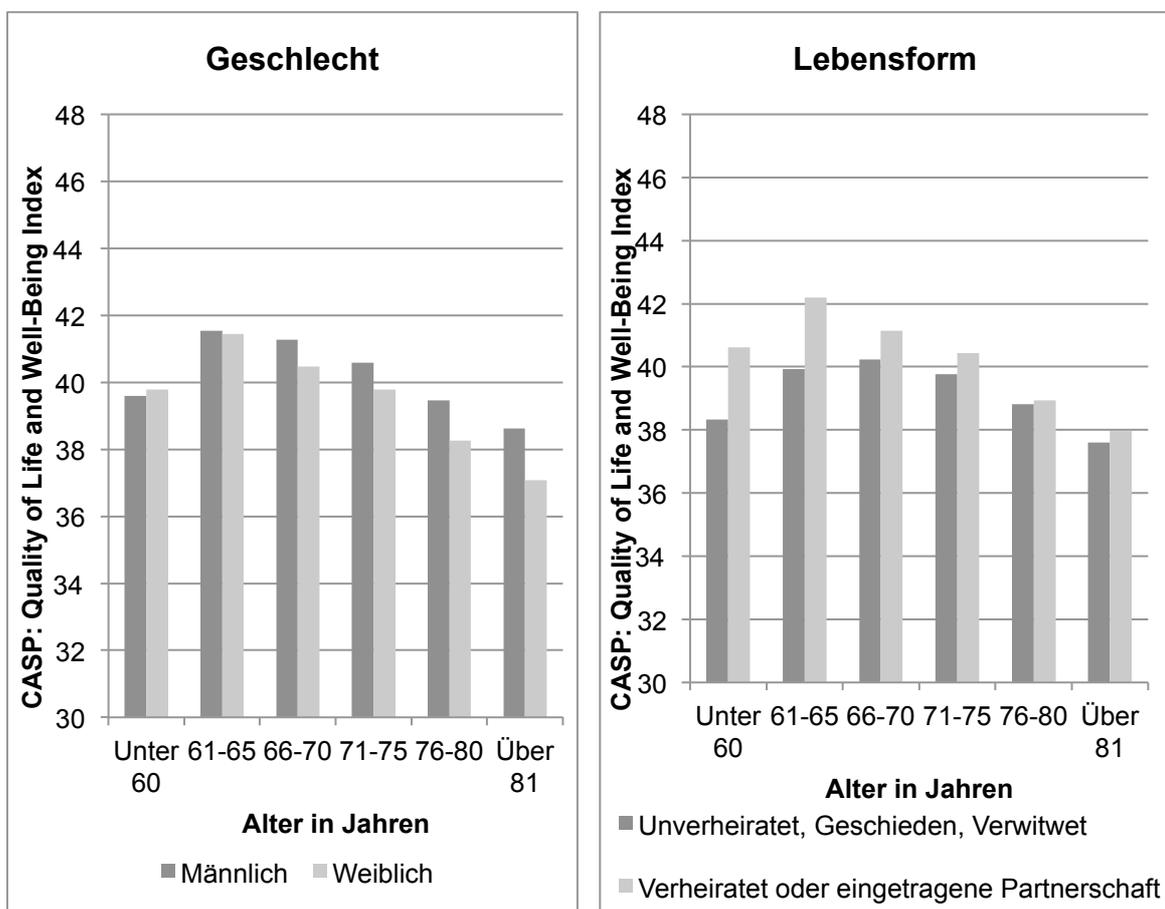


Abbildung 4: SHARE Welle 5 (Querschnitt). Durchschnittswerte der CASP-Skala nach Geschlecht (links; $n=2704$) und Lebensform (rechts; $n=2677$). Pensionierte Personen in Österreich.

5.2.3. Finanzielle Ressourcen

Finanzielle Ressourcen wurden anhand zweier Variablen getestet: Einerseits anhand der Perzentile des monatlichen Haushalt-Einkommens, andererseits anhand der Frage, wie gut oder schlecht der Haushalt der befragten Person finanziell über die Runden kommt.

Anhand der Unterschiede zwischen Gruppen mit hohen und niedrigeren Einkommen zeigen sich sehr starke Unterschiede in der Lebensqualität. Die subjektive Einschätzung der finanziellen Situation wirkt allerdings noch stärker als das tatsächliche Haushaltseinkommen. So zeigen sich vor allem anhand der Frage, wie gut der Haushalt über die Runden kommt, signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen (Personen mit gewissen oder großen Schwierigkeiten: 36,3 Punkte; Personen ohne Schwierigkeiten: 41,95 $p < 0,05$). Hier zeigen sich auch die größten Unterschiede zwischen den Gruppen mit durchschnittlich 7 Punkten höherer Lebensqualität bei Personen ohne finanzielle Probleme. Diese Unterschiede bleiben über alle Altersgruppen hinweg bestehen und schwanken zwischen Wertebereichen von 4,5 bis 7,3 (Abb. 5). Bei Personen, die finanziell leicht über die Runden kommen, verändert sich die Lebensqualität über das Alter von einer sehr hohen (42,83 Punkte zwischen 61 und 65 Jahren) zu einer hohen Lebensqualität (39,42 Punkte bei den Über-81-Jährigen). Für Personen mit weniger finanziellen Ressourcen ist der Höchstwert von 36,7 Punkten (61-65-Jährige) nur der mittelmäßigen Lebensqualität zuzurechnen. Diese verschlechtert sich im hohen Alter (Über 81 Jahre) auf 33,7 Punkte und ist damit einer niedrigen Lebensqualität zuzuordnen.

Ein ähnliches Muster zeigt sich in der Betrachtung zweier Kontrastgruppen der Perzentile des monatlichen Haushaltseinkommens. Dafür wurden Personen in den obersten drei Perzentilen mit jenen in den untersten drei Perzentilen miteinander verglichen. Der durchschnittliche CASP-Wert bei Personen mit hohem Einkommen liegt auch hier deutlich über jenem mit niedrigerem Einkommen (41,8 Punkte gegenüber 38,2 Punkten; $p < 0,05$). Auch hier zeigen sich deutliche Unterschiede in allen Altersgruppen, wobei diese durchschnittlich bei 3,6 Punkten liegen und über alle Altersgruppen zwischen Werten von 4,6 Punkten (Unter-60-

Jährige) und 2,4 Punkten (71-75-Jährige) variieren. Während im Bezug auf die Bildung und Geschlecht stärkere Indizien für eine Polarisierung sozialer Positionen im Bezug auf die Lebensqualität, anhand der Lebensform hingegen eher Muster der Konvergenz sozialer Ungleichheiten finden lassen, scheint hier die Kontinuitätsthese zuzutreffen. Unterschiede in der Lebensqualität zwischen Personen mit hohen und niedrigen monatlichen Haushaltseinkommen bleiben über alle Altersgruppen bestehen (Abb.5).

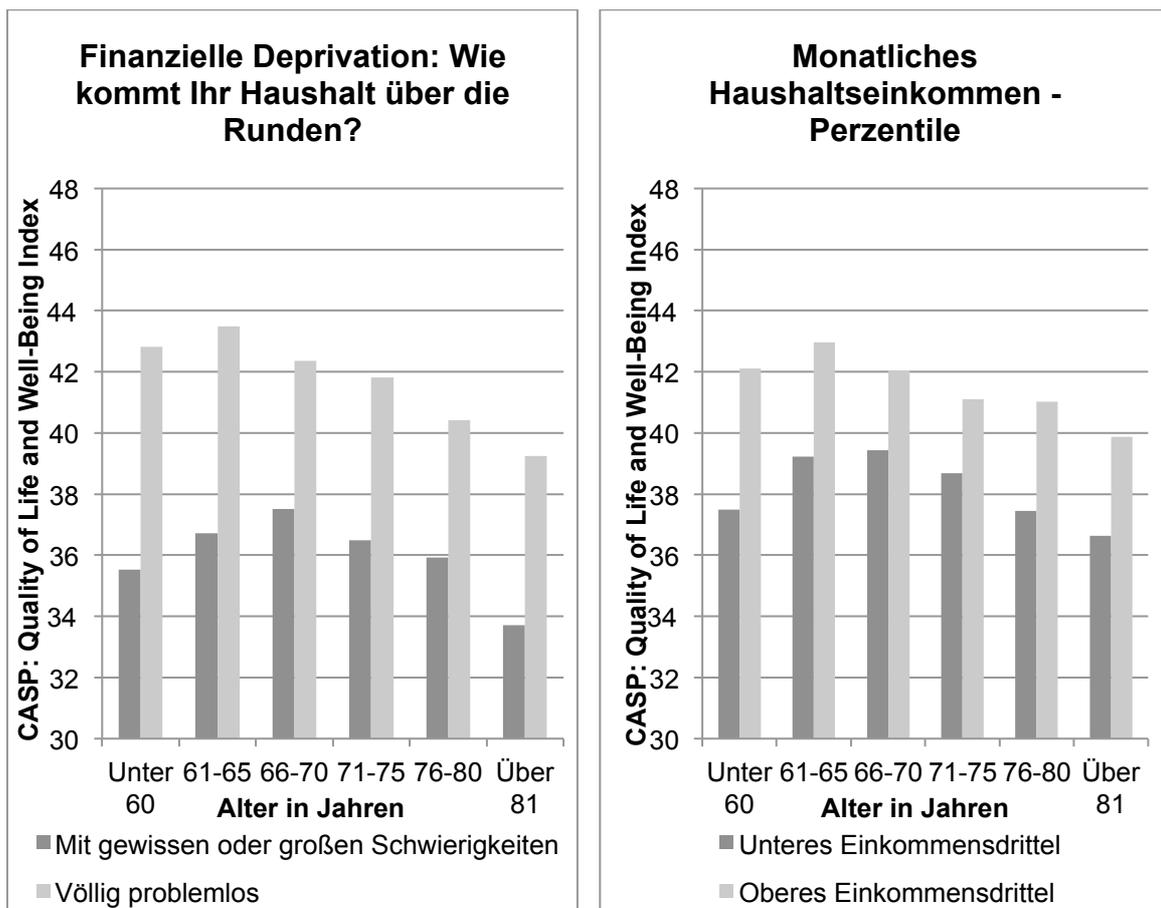


Abbildung 5: SHARE Welle 5 (Querschnitt). Durchschnittswerte der CASP-Skala nach Auskommen mit dem Einkommen (links, n=1727) und monatlichem Haushaltseinkommen (rechts, n=1568). Pensionierte Personen in Österreich.

5.2.4. Gesundheit

Bereits in der Analyse der Lebensqualität nach unterschiedlichen Bildungsgruppen wurde gezeigt, dass die Abnahme der Lebensqualität in höheren Altersgruppen in Verbindung zu einem Anstieg des Anteils der Personen mit schlechtem subjektiven Gesundheitszustand einhergeht. Im Detail wird die Dimension Gesundheit anhand zweier Variablen untersucht, wobei subjektive und

objektive Variablen gleichermaßen berücksichtigt wurden. Einerseits wird die Lebensqualität anhand des subjektiven Gesundheitszustandes, andererseits anhand der Anzahl der chronischen Krankheiten gemessen.

Vor allem anhand der subjektiven Gesundheitseinschätzung werden hier Unterschiede zwischen den Gruppen deutlich. Während Personen mit einem ausgezeichneten oder sehr guten subjektiven Gesundheitszustand ihre Lebensqualität mit durchschnittlich 42,88 Punkten bewerten, liegt dieser Wert bei jenen mit mittelmäßiger oder schlechter Gesundheitseinschätzung mit einem Wert von 36,2 im Bereich der mittelmäßigen Lebensqualität. Diese Unterschiede sind signifikant ($p < 0,01$). Anhand Abbildung 6 zeigt sich auch, dass die Verläufe über die Altersgruppen hinweg zwischen diesen Gruppen unterschiedlich ausfallen: Während Personen mit ausgezeichneter oder sehr guter Gesundheit nur 1,7 Punkte an Lebensqualität zwischen dem Alter von 61-65 Jahre und über 81 Jahre ‚verlieren‘, liegt dieser Wert bei den Personen mit mittelmäßiger oder schlechter Gesundheit bei 3,4 Punkten. Durchschnittlich liegen jene mit gutem Gesundheitszustand 6 Punkte über jenen mit mittelmäßiger oder schlechter Gesundheit. Dieser Unterschied bleibt auch konstant über die Altersgruppen bestehen: Der Unterschied in der Lebensqualität zwischen den Gruppen variiert zwischen 4,9 (61-65-Jährige) und 6,6 Punkten (Über-81-Jährige). Damit zeigt sich hier dasselbe Muster, das auch schon im Bezug auf die subjektive Bewertung der finanziellen Ressourcen beobachtet wurde: In beiden Gruppen findet sich eine Abnahme der Lebensqualität in höheren Altersgruppen – diese Abnahme trifft allerdings benachteiligte Gruppen stärker und die Unterschiede zwischen ihnen bleiben bestehen bzw. verstärken sich in den höheren Altersgruppen.

Ein ähnliches Muster der Kontinuität der Unterschiede zwischen den untersuchten Kontrastgruppen zeigt sich auch anhand der Anzahl chronischer Krankheiten. Hier findet sich eine signifikante Korrelation mit der CASP-Skala (Pearson R: -0,169**). Verglichen wurden hier Personen ohne chronische Krankheiten mit jenen, die zwei oder mehr chronische Krankheiten angeben und deshalb als multimorbid beschrieben werden können (Scheidt-Nave et al. 2010). Diese haben eine signifikant niedrigere Lebensqualität im Gesamtdurchschnitt (38,86 Punkte gegenüber 41,37 Punkte, $p < 0,01$). Diese Unterschiede bleiben auch über alle Al-

tersgruppen hinweg bestehen (Abb. 6), wobei Personen mit zwei oder mehr chronischen Erkrankungen durchschnittlich 2,7 Punkte weniger Lebensqualität angeben und diese Unterschiede relativ konstant über alle Altersgruppen zwischen einem Wert von 3,07 (61-65-Jährige) und 1,59 (Über-81-Jährige) variieren. Ähnlich den finanziellen Ressourcen wird auch hier deutlich, dass Gruppenunterschiede anhand der subjektiven Dimension deutlich hervortreten als anhand der objektiven Messung durch die Anzahl der chronischen Erkrankungen.

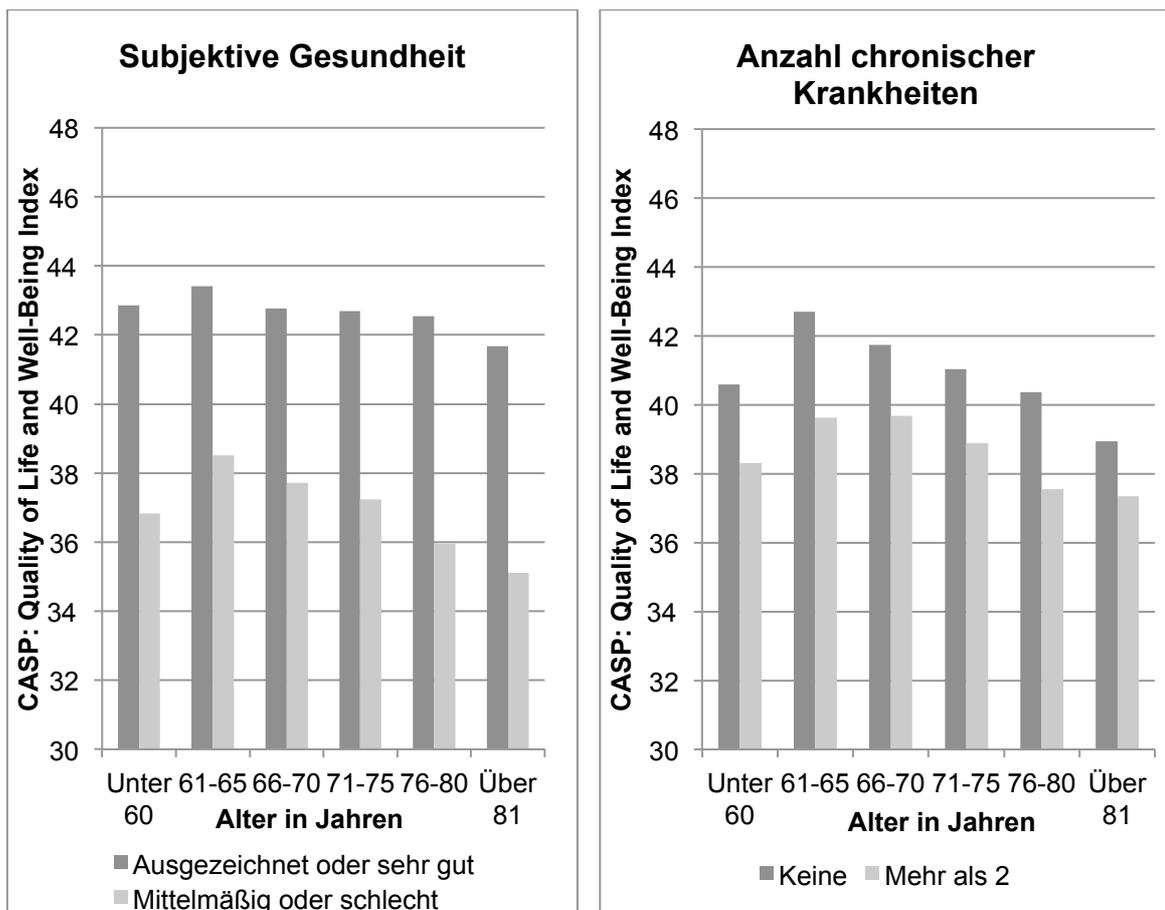


Abbildung 6: SHARE Welle 5 (Querschnitt). Durchschnittswerte der CASP-Skala nach subjektiver Gesundheitseinschätzung (links, n=1741) und der Anzahl chronischer Krankheiten (rechts, n=1803). Pensionierte Personen in Österreich.

5.2.5. Zusammenfassung

Die Analyse unterschiedlicher sozialer Gruppen und ihrer Lebensqualität hat gezeigt, dass sich Unterschiede sowohl nach Alter, aber auch nach Bildung, Geschlecht, Lebensform, Gesundheitszustand und finanziellen Ressourcen feststellen lassen, wobei Personen mit niedrigem Erstausbildungsniveau und Bildungshintergrund, Frauen, Alleinstehende, Personen mit schlechter Gesund-

heit und eingeschränkten finanziellen Ressourcen signifikant niedrigere Werte auf der CASP-Skala der Lebensqualität erreichen. Besonders starke Unterschiede zwischen Gruppen wurden anhand der Gesundheit und finanziellen Ressourcen festgestellt, wobei Personen mit einem niedrigen subjektiven Gesundheitszustand und jene, die das Auskommen mit den finanziellen Ressourcen sehr schlecht beurteilen, vor allem in den höheren Altersgruppen in einen Bereich unter 35 Punkten und damit eine sehr niedrige Lebensqualität aufweisen. Zudem hat sich gezeigt, dass die subjektive Einschätzung – sowohl des Gesundheitszustandes, als auch der finanziellen Situation – stärkere Unterschiede zwischen Gruppen offenbart als objektive Messungen.

Findet sich nun in den untersuchten Gruppen Konvergenz, Divergenz oder Kontinuität? Dies variiert zwischen den Variablen, was auch als Hinweis dafür gedeutet werden könnte, dass sich der Einfluss dieser Variable auf die Lebensqualität mit dem Alter verändert, d.h. diese Dimensionen für die Lebensqualität im Alter wichtiger oder weniger wichtig wird. Bezüglich der Gesundheit, der finanziellen Ressourcen, des Bildungshintergrundes und der Gesundheit hat sich gezeigt, dass Unterschiede in der Lebensqualität zwischen Gruppen bestehen bleiben, sich teilweise aber auch verschärfen.

5.3. Lebensqualität und soziale Aktivitäten

In einem nächsten Schritt wird geprüft, welchen Einfluss die Gestaltung der nachberuflichen Phase auf die Lebensqualität nach dem Erwerbsleben nimmt und wie sich dieser im Altersgruppenvergleich verändert. Grundlegend für die folgenden Untersuchungen ist das Lebenslagenkonzept, das davon ausgeht, dass Menschen zwar auf Basis ihrer sozialen Position im gesellschaftlichen Gefüge über bestimmte Handlungsspielräume verfügen, gleichzeitig innerhalb dieses Handlungsspielraums in der Lage sind, ihre Lebensqualität zu beeinflussen (Engels 2008). Damit werden nicht nur soziale Ressourcen, sondern im Folgenden auch unterschiedliche soziale Aktivitäten auf ihren Einfluss auf die Lebensqualität in der nachberuflichen Phase geprüft. Die folgenden Analysen beziehen sich auf die Welle 5 (2013) der SHARE-Befragung. Da in einem zweiten Schritt allerdings auch die Wellen 2 und 4 (2006/07 – 2011) in die Analyse

miteinbezogen werden sollen, wurden nur jene Aktivitäten berücksichtigt, die in allen Wellen abgefragt worden waren (Tab. 15). Zudem wurde ein Summenindex aus allen abgefragten Aktivitäten gebildet.

Aktivität (Mehrfachantworten möglich)	Beteiligungsquote in den letzten 12 Monaten (Welle 5)
Unentgeltliche bzw. freiwillige Arbeit bei Wohltätigkeitsorganisationen / -veranstaltungen	19,7%
Teilnahme an einem Fort- oder Weiterbildungskurs	10,2%
Teilnahme an Aktivitäten von Vereinen (z.B. Sport- oder Heimatverein)	35,6%
Teilnahme an Aktivitäten einer politischen Organisation oder Bürgerinitiative	7,2%

Tabelle 15: SHARE Welle 5 (Querschnitt). Teilnahme an Aktivitäten 12 Monate vor der Befragung (n=2858). Pensionierte Personen in Österreich.

Generell hat die Teilnahme an untersuchten Aktivitäten einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität in der nachberuflichen Phase; gleichzeitig hat auch das Alter einen Einfluss darauf, wie stark sich die Befragten Personen engagieren. Es besteht sowohl zwischen der Zahl der ausgeübten Aktivitäten und der Lebensqualität eine schwache, aber signifikante Korrelation (Pearsons-R: 0,084**), als auch zwischen dem Alter und den ausgeübten Aktivitäten (Pearsons-R: -0,091**). Dies wird auch anhand von Mittelwertvergleichen deutlich: Personen, die sich an keiner Aktivität beteiligen, haben eine signifikant niedrigere Lebensqualität als jene, die in den letzten 12 Monaten an mindestens einer Aktivität teilgenommen haben (38,76 Punkte gegenüber 41,56 Punkte; $p < 0,01$).

Umso mehr Aktivitäten ausgeübt werden, desto höher ist auch die Lebensqualität. Der Unterschied zwischen jenen, die keiner Aktivität nachgehen und jenen, die nur einer Aktivität nachgehen, ist dabei am höchsten. Hier besteht ein Unterschied in der Lebensqualität von 2,45 Punkten. Der Unterschied zu jenen, die zwei (+0,86 Punkte) drei (-0,03) oder vier (+1,3) Aktivitäten ausüben, ist deutlich geringer. Gleichzeitig nimmt die Beteiligungsquote mit steigender Anzahl von Aktivitäten deutlich ab: Während sich ein Drittel (29,9%) an einer Aktivität beteiligt, tun dies nur noch 14,1% an zwei und 4% an drei Aktivitäten. Weniger als 1% der Befragten hat sich in den letzten 12 Monaten an vier Aktivitäten beteiligt (Abb. 7).

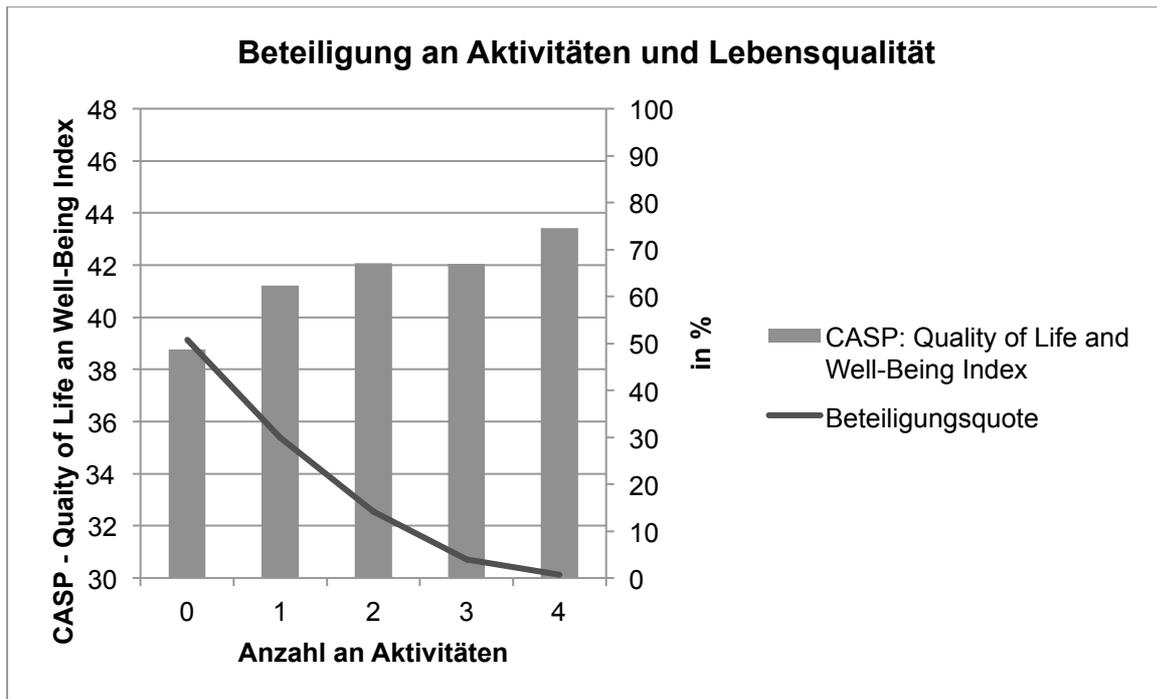


Abbildung 7: SHARE Welle 5 (Querschnitt). Beteiligung an Aktivitäten und Lebensqualität (n=2703) und Beteiligungsquoten (n=2858). Pensionierte Personen in Österreich.

Wie gestalten sich nun diese Unterschiede zwischen den Altersgruppen in der 5. Welle von SHARE? Generell nimmt der Anteil derer, die sich an keiner der abgefragten Aktivitäten beteiligen, mit steigendem Alter zu, auch wenn sich hier, ähnlich wie bei der Lebensqualität, in der niedrigsten Altersgruppe eine Phase gesteigerter Aktivität ergibt. So nehmen Personen unter 60 Jahren häufiger an keiner Aktivität teil (53,5%) als Personen zwischen 61 und 65 Jahren (45%). Danach steigt der Anteil der Nicht-Teilnehmenden kontinuierlich an und ist bei den Über-81-Jährigen mit 73,4% am höchsten (Abb. 7).

Gleichzeitig liegt die Lebensqualität jener, die sich an einer der Aktivitäten beteiligen, über alle Altersgruppen hinweg signifikant höher liegt bei Personen, die an keiner der Aktivitäten in den letzten 12 Monaten teilgenommen haben und zwar durchschnittlich um knapp 3 Punkte ($p < 0,05$). Besonders stark sind diese Unterschiede bei den Unter-60-Jährigen (4,3 Punkte) und schwanken in den restlichen Altersgruppen zwischen Werten von 1,2 (66-70-Jährige) und 2,9 (Über-81-Jährige) (Abb. 8).

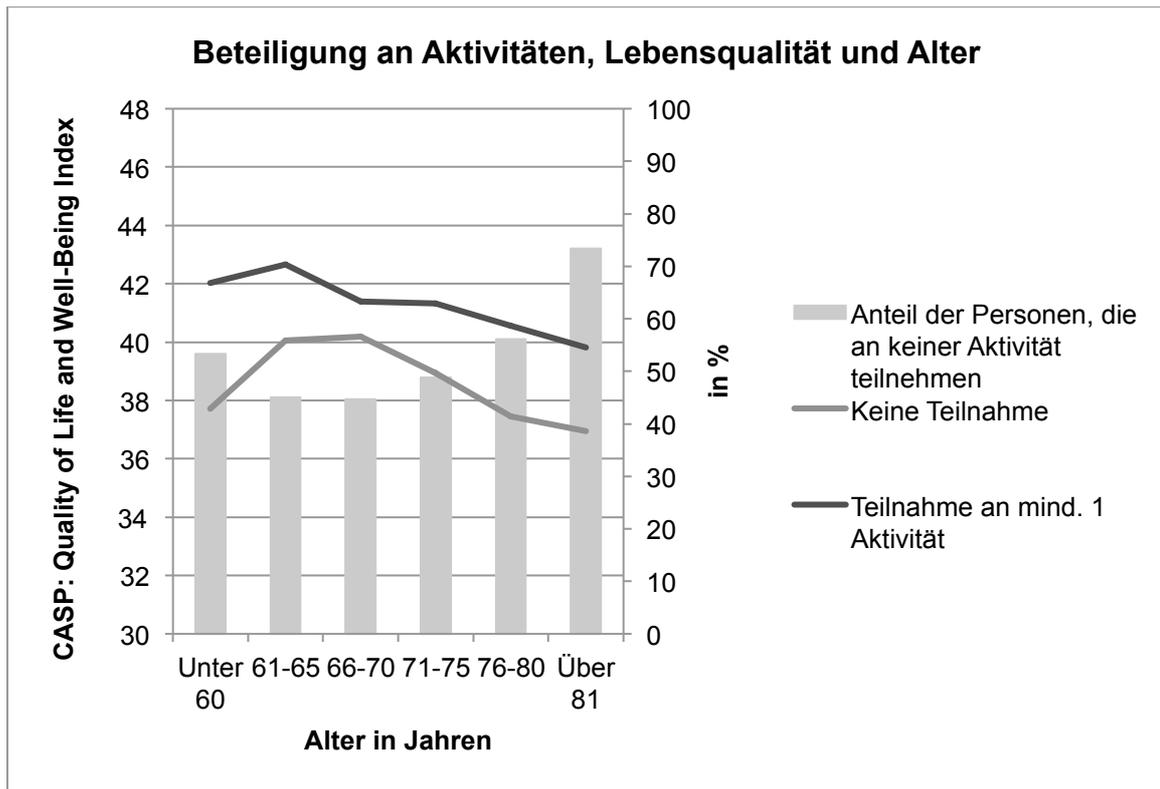


Abbildung 8: SHARE Welle 5 (Querschnitt). Beteiligung an Aktivitäten und Lebensqualität (n=2703) und Beteiligungsquoten (n=2858) nach Altersgruppen. Pensionierte Personen in Österreich.

Es wird deutlich, dass die Teilnahme an Aktivitäten dazu beitragen kann, eine höhere Lebensqualität in der nachberuflichen Phase aufrecht zu erhalten. Nachdem sich auch zeigt, dass in Organisationen aktive Personen weniger starke Einbußen ihrer Lebensqualität im höheren Alter verzeichnen, ließe sich auf Basis der untersuchten Querschnittsdaten auch die Hypothese formulieren, dass die Teilnahme an sozialen Aktivitäten Alterseffekte in der Lebensqualität teilweise abfedern kann.

Die dargestellten Berechnungen haben gezeigt, dass die Lebensqualität in der nachberuflichen Phase zunächst vermeintlichen Alterseffekten unterliegt. Dies zeigt sich einerseits an einer mittelstarken signifikanten Korrelation zwischen Alter und Lebensqualität. Andererseits zeigt sich anhand der Verteilung der Lebensqualität zwischen Altersgruppen eine Dreiteilung der nachberuflichen Phase: Über alle untersuchten Gruppen hinweg zeigt sich ein Muster des anfänglichen Anstiegs der Lebensqualität bis zur Altersgruppe der 60-65-Jährigen. Gemeinsam mit dem Befund, dass hier auch der Anteil jener, die sich an organisierten Aktivitäten beteiligen zunimmt, lässt sich dies als Freiheit und Autonomie

eines „dritten Alters“ (Höpflinger 2015, S.3) interpretieren. Dies wird auch dadurch unterstrichen, dass sich Veränderungen primär durch eine Zunahme der Lebensqualität in den Dimensionen Autonomie und Selbstverwirklichung ergeben: Ältere Menschen erleben, vor allem in jüngeren Altersgruppen, Befreiung von der Erwerbsarbeit und Möglichkeiten, sich in gesteigerter Form zu engagieren – dies führt zu einem Anstieg der Lebensqualität. Nach dem Anstieg der Lebensqualität bis zu einem Alter von 65 Jahren ergibt sich in den meisten Gruppen eine kontinuierliche Abnahme der Lebensqualität bis ins hohe Alter. Deutlich wird dabei allerdings auch, dass die Intensität und Dauer dieser Abnahme sozial gestaffelt ist: So setzt diese Abnahme etwa bei Personen, die an Aktivitäten teilnehmen, die eine gute subjektive Gesundheitseinschätzung angeben oder jenen mit hohem Bildungshintergrund erst später im Altersgruppenvergleich ein.

Anhand unterschiedlicher Einflussfaktoren hat sich gezeigt, dass soziale Rahmenbedingungen einen Einfluss auf die Lebensqualität im Alter nehmen, gleichzeitig aber auch die Teilnahme an sozialen Aktivitäten die Lebensqualität positiv beeinflusst. Bezüglich der untersuchten Ressourcen haben sich vor allem Frauen, niedrig Qualifizierte und Personen mit schlechter Gesundheit oder schlechter finanzieller Absicherung als benachteiligt im Bezug auf ihre Lebensqualität herausgestellt. Gleichzeitig zeigt sich aber auch, dass die Teilnahme an Aktivitäten und damit die Gestaltung der nachberuflichen Phase einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität nimmt und Alterseffekte zumindest teilweise abschwächen könnte. Dabei gibt es Hinweise darauf, dass sich sowohl alterskonstante, als auch altersvariable Einflussfaktoren finden lassen: Finanzielle Ressourcen etwa wirken in jeder Altersgruppe ähnlich stark auf die Lebensqualität, während sich der Effekt etwa der Lebensform mit steigendem Alter abschwächt. Diese Effekte multivariat, sowohl im Längsschnitt, als auch im Querschnitt zu prüfen, ist zentrales Anliegen des zweiten Teils dieses Kapitels sein.

Einschränkend ist dabei zu erwähnen, dass den Ergebnissen eine Querschnittsuntersuchung, und zwar die 5. Welle der SHARE-Befragung (2013) zu Grunde liegt. Damit können Effekte (etwa der Teilnahme an Aktivitäten oder Veränderungen mit dem Altern) nur vermutet und hypothetisch formuliert werden.

5.4. Multivariate Betrachtung: Einflussfaktoren auf die Lebensqualität

Bisher konnte gezeigt werden, dass sowohl das biologische Alter, als auch soziale Ressourcen und die Gestaltung der nachberuflichen Phase einen signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität im höheren Alter nehmen. Nun werden diese Einflussfaktoren in einem multivariaten Modell miteinander in Beziehung gesetzt und ihre Effektstärke auf die CASP-Skala geprüft. Die zentrale Fragestellung, die dieses Vorgehen angeleitet hat, war, ob und inwiefern soziale Rahmenbedingungen die Lebensqualität in der nachberuflichen Phase vorschreiben und inwiefern die Gestaltung des Alters durch die Teilnahme an Aktivitäten diesen Effekt abschwächen kann. Dieses Modell wurde zunächst für die Querschnittsbefragung in der Welle 5 (2013) berechnet und analysiert. Abschließend wird dieses Modell auf die Längsschnittbefragung 2006/07-2013 angewandt..

5.4.1. Querschnitt Welle 5 (2013)

Dafür wurde ein lineares Regressionsmodell erstellt, das alle besprochenen Variablen miteinbezieht. Abhängige Variable war die CASP-Skala. Weil nicht nur untersucht werden sollte, welchen Einfluss alle Determinanten gemeinsam auf die abhängigen Variablen nehmen, sondern gleichzeitig auch die Beziehung zwischen unabhängigen Variablen interpretiert werden sollte, wurde ein schrittweises Regressionsverfahren gewählt, in dem unabhängige Variablen zu mehreren Blöcken gebündelt wurden. Dementsprechend lassen sich fünf Modelle interpretieren, wobei in jedem Modell unabhängige Variablen hinzugefügt wurden. Im ersten Modell sind lediglich das Alter, sowie der Abstand zum Erwerbsleben berücksichtigt. Im zweiten und dritten Modell werden jene Variablen, die unter dem Schlagwort „soziale Ressourcen“ zusammengefasst wurden, eingefügt. Es handelt sich hier um den Bildungshintergrund (Schulbildung und Bücher in der Kindheit), das Geschlecht, die Lebensform sowie finanzielle Ressourcen (Subjektives Empfinden und Perzentile des Haushalts-Nettoeinkommens). In einem vierten Block wurden Gesundheitsvariablen (Anzahl chronischer Krankheiten und subjektive Gesundheitseinschätzung) berücksichtigt. In einem letzten Modell schließlich wurden jene Variablen eingefügt, die die Gestaltung der nachberuflichen Phase beschreiben: Die Teilnahme an ehrenamt-

lichem Engagement und Fort- und Weiterbildung, sowie Engagement in Vereinen und politischen Organisationen (Tab. 16).

Die Modellgüte wurde anhand des angepassten R^2 -Wertes untersucht. Dabei zeigt sich, dass das Gesamtmodell (Modell 5) ein Drittel der Gesamtvarianz der Lebensqualität bei pensionierten Personen in Österreich erklären kann. Die Modellgüte jedes Modells ist signifikant. Das bedeutet, dass jeweils ein signifikanter Teil der Gesamtvarianz pro Modell ergänzt wurde. Anhand der Modellgüte lassen sich bereits einige Schlüsse auf relevante Variablen schließen: So zeigt sich etwa, dass die Modellgüte mit Berechnung des dritten Modells besonders stark angestiegen ist (+0,132), d.h. ein großer Teil der Gesamtvarianz alleine durch finanzielle Ressourcen erklärt wird. Ähnlich verhält sich Modell 4, in das die Gesundheitsvariablen eingefügt wurden. Auch hier steigt die Modellgüte vergleichsweise stark (+0,144) an. Im Folgenden werden die Einflussfaktoren des Regressionsmodells gesondert diskutiert.

Lineare Regression Welle 5
CASP – Quality of Life and Well-Being Index

	<i>Standardisierte Beta-Werte</i>				
	<i>Modell</i> 1	<i>Modell</i> 2	<i>Modell</i> 3	<i>Modell</i> 4	<i>Modell</i> 5
Alter	0,011	-0,008	-0,067*	-0,070*	-0,066
Abstand zum Erwerbsleben	-0,197**	-0,136**	-0,097**	-0,019	-0,014*
Bildungsniveau (Primarbereich)	-	-	-	-	-
Sekundarbereich		0,110**	0,050	0,019	0,021
Tertiärbereich		0,169**	0,075*	0,023	0,016
Bücher im Alter von 10 Jahren (0-10)		-	-	-	-
11-25		0,067**	0,048*	0,027	0,027
26-100		0,063**	0,055	0,049**	0,055**
Mehr als 100		0,064**	0,070**	0,054**	0,053**
Geschlecht (Weiblich)		-0,024	-0,034	-0,039*	-0,036*
Lebensform (Partnerschaft)		0,086**	-0,020	-0,06	-0,008
Finanzielle Ressourcen (Völlig problemlos)			-	-	-
Mit großen Schwierigkeiten			-0,247**	-0,197**	-0,192**
Mit gewissen Schwierigkeiten			-0,281**	-0,227**	-0,219**
Einigermaßen problemlos			-0,182**	-0,148**	-0,145**
Monatliches HH-Einkommen – Perzentile			0,08**	0,057**	0,054*
Anzahl chronischer Krankhei- ten				-0,007	-0,009
Subjektive Gesundheit (Ausgezeichnet)				-	-
Sehr gut				-0,111**	-0,103**
Gut				-0,214**	-0,196**
Mittelmäßig				-0,390**	-0,372**
Schlecht				-0,365**	-0,346**
Ehrenamtliches Engagement					0,075**
Fort- oder Weiterbildung					-0,016
Vereinsaktivitäten					0,077**
Zivilgesellschaftliches Enga- gement					-0,014
Adjusted R2	0,034**	0,065**	0,197**	0,311**	0,323**
n					2511

Tabelle 16: Ergebnisse der multiplen linearen Regression Welle 5 der SHARE-Befragung.
p<0,01** p<0,5*. Pensionierte Personen in Österreich.

Alter. Im ersten Modell wurde lediglich das Alter in Jahren und der Abstand zum Erwerbsleben in das Regressionsmodell miteinbezogen. Diese Variablen erklären gemeinsam lediglich 3,4% der Gesamtvarianz. Das biologische Alter selbst hat also in der multivariaten Betrachtung keinen bzw. einen nur sehr kleinen Einfluss auf die Lebensqualität. Der Effekt des Alters auf die Lebensqualität durch den Abstand zum Erwerbsleben aufgehoben wird. Das Alter selbst bleibt damit weder im ersten, noch im finalen (fünften) Modell als signifikante Einflussgröße auf die Lebensqualität bestehen. Der Abstand zum Erwerbsleben hingegen zeigt im ersten Modell einen signifikant negativen Einfluss auf die Lebensqualität (Beta: $-0,197^{**}$). Dieser Effekt verringert sich mit der Berücksichtigung weiterer Variablen und bleibt im finalen Modell zwar signifikant, allerdings mit einer sehr geringen Effektgröße (Beta: $-0,014^*$). Entgegen der bivariaten Betrachtung zeigt sich hier also, dass durch das Alter selbst kaum bzw. nur in sehr geringem Maße ein Einfluss auf die Lebensqualität beobachtet werden kann. Das bedeutet: Verlust in der Lebensqualität im höheren Alter ist keine biologische Notwendigkeit. Eher sind dies Effekte von veränderten Formen der Ressourcenverteilung und anderen Formen der Lebensgestaltung.

Bildung. Im zweiten Modell wurden als zusätzliche Variablen Bildungshintergrund, Primärausbildungsniveau, Geschlecht und Lebensform berücksichtigt. Dabei zeigt sich in einer ersten Betrachtung das Ausbildungsniveau als signifikante Einflussgröße, weil Personen, die im Primärbereich ausgebildet wurden eine niedrigere Lebensqualität haben als Personen aus dem Sekundar- (Beta: $+0,110^{**}$) oder Tertiärbereich (Beta: $+0,169^{**}$). Überraschend ist dabei, dass sich der signifikante Einfluss der Primärausbildung in späteren Modellen verringert bzw. im finalen Modell nicht mehr als signifikanter Faktor bestehen bleibt. Wenn auch noch signifikant, zeigt bereits das dritte Modell sehr geringe Effektstärken der Schulbildung auf die Lebensqualität (Beta Tertiärbereich: $0,075^*$). Das bedeutet, dass durch das Hinzufügen der finanziellen Ressourcen der Einfluss der Schulbildung zum Teil aufgelöst wurde. Dies ist insofern nicht überraschend, als Schulbildung und Einkommen in einem engen Zusammenhang stehen und sich häufig gegenseitig bedingen. Der Bildungshintergrund in Form der Bücher im Elternhaushalt zeigt bereits im ersten Modell einen zwar signifikanten, aber schwachen Effekt (Beta mehr als 100 Bücher: $0,064^{**}$). Dieser schwächt sich im

finalen Modell noch weiter ab, bleibt allerdings als signifikante Einflussgröße bestehen.

Geschlecht & Lebensform. Das Geschlecht hat bereits im ersten betrachteten Modell keinen signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität, obwohl dieser bivariat beobachtet werden konnte. Hier nimmt die Effektstärke zwar bis zum finalen Modell kontinuierlich zu und zeigt sich auch signifikant, bleibt allerdings sehr gering (Beta: -0,036*). Die Lebensform verliert ihren signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität und zeigt eine sehr geringe Effektstärke (Beta: -0,008).

Finanzielle Ressourcen. Im dritten Modell wurden finanzielle Ressourcen sowohl in Form der subjektiven Einschätzung als auch objektiv anhand der Perzentile des angegebenen Haushalts-Nettoeinkommens untersucht. Dabei zeigt sich, wie bereits erwähnt, dass die Modellgüte durch die Berücksichtigung dieser Variablen stark ansteigt; finanzielle Ressourcen allein also einen Anteil von etwa 13% an der Gesamtvarianz der Lebensqualität erklären können. Durch die Berücksichtigung der Gesundheit im vierten Modell verliert die subjektive Einschätzung der finanziellen Ressourcen zwar leicht an Effekt (Beta Mit großen Schwierigkeiten: -0,247** (Modell 3) und -0192** (Modell 5)), bleibt aber als mittelstarke signifikante Einflussgröße bestehen (Beta Werte: -0,145** (Einigermaßen problemlos) bis -0,219** (mit gewissen Schwierigkeiten)). Neben der subjektiv eingeschätzten Gesundheit ist damit das Einschätzen des finanziellen Auskommens die stärkste Einflussgröße auf die Lebensqualität in der nachberuflichen Phase im finalen Modell. Auch die Perzentile des monatlichen Haushaltseinkommens haben einen signifikanten Einfluss, allerdings mit einer niedrigen Effektgröße (Beta: 0,054*).

Gesundheit. Im vierten Modell wurden die untersuchten Gesundheitsvariablen berücksichtigt, wobei auch hier subjektive (Selbst eingeschätzte Gesundheit) mit objektiven (Anzahl der chronischen Krankheiten) Variablen kombiniert wurden. Und auch hier zeigt sich: Subjektive Variablen haben einen stärkeren Einfluss auf die Lebensqualität. So ist die Anzahl der chronischen Krankheiten weder im ersten noch im finalen Modell signifikant und zeigt auch eine sehr geringe Effektstärke (Beta: -0,009), während die subjektiv eingeschätzte Gesundheit der

effektstärkste Prädiktor des Modells ist. Die Variablen nehmen eine Effektstärke zwischen $-0,0346^{**}$ (Stand. Beta-Werte, Schlechte Gesundheit) und $-0,103^{**}$ (Stand. Beta-Werte, Sehr gute Gesundheit) an. Auch die Modellgüte unterstreicht den starken Einfluss der Gesundheitsvariablen: Der angepasste R^2 -Wert steigt zwischen dem dritten und dem vierten Modell von $0,197^{**}$ auf $0,311^{**}$. Damit erklären die Gesundheitsvariablen alleine bereits 14% der Gesamtvarianz der Lebensqualität und nehmen damit den stärksten Einfluss im Gesamtmodell ein.

Soziale Aktivitäten. Soziale Aktivitäten in Form der vier gemessenen Aktivitäten nehmen nur einen kleinen Anteil an der erklärten Gesamtvarianz ein. Zusammen erklären alle vier Variablen gemeinsam etwa 1,2% der Gesamtvarianz der Lebensqualität. Es zeigt sich auch, dass nach Berücksichtigung aller anderen Variablen zwei der vier Variablen keinen signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität nehmen (Fort- und Weiterbildung sowie zivilgesellschaftliches Engagement). Ehrenamtliches Engagement und Vereinsaktivitäten hingegen zeigen signifikante Einflüsse auf die Lebensqualität, allerdings mit sehr geringen Effektgrößen (Beta Ehrenamtliches Engagement: $0,075^{**}$; Vereinsaktivitäten: $0,077^{**}$).

Zusammenfassung. Das lineare Regressionsmodell der Querschnittsuntersuchung hat gezeigt, dass die subjektive Einschätzung der finanziellen Ressourcen und des Gesundheitszustandes die Lebensqualität im Alter beeinflussen. Weitere signifikante Einflussfaktoren sind sowohl der Abstand zum Erwerbsleben, das Geschlecht und das monatliche Haushalts-Einkommen, allerdings mit sehr geringen Effektstärken (Stand. Beta Werte $<0,1$). Außerdem konnte gezeigt werden, dass Alterseffekte sich in einem multivariaten Modell nicht mehr oder nur in einem sehr geringen Maße nachweisen lassen. Das bedeutet: Das Alter bringt nicht automatisch Einbußen in der Lebensqualität mit sich. Eher lassen sich negativere Werte älterer Menschen in der Lebensqualität über Einschränkungen in den finanziellen Ressourcen und einer schlechteren subjektiv eingeschätzten Gesundheit erklären.

Die Teilnahme an sozialen Aktivitäten zeigt kaum signifikante Einflüsse auf die Lebensqualität. Durch die Berücksichtigung aller anderen Variablen löst sich der

positive Einfluss des ehrenamtlichen Engagements, der nachberuflichen Bildung, des Engagements in Vereinen oder in politischen Organisationen gänzlich auf oder wird sehr gering. Dies kann in zweierlei Hinsicht interpretiert und erklärt werden: Einerseits könnte es sich in der bivariaten Verteilung im Querschnitt um ein Artefakt handeln. Das könnte bedeuten: Personen, die bereits eine hohe Lebensqualität aufweisen nehmen häufiger an Bildung teil – und Bildung führt nicht zwangsläufig zu einer höheren Lebensqualität. Gleichzeitig könnte es auch heißen, dass die Teilnahmechance an nachberuflichen Aktivitäten wie Bildung oder Ehrenamt sozial selektiv wirkt und jene Personen stärker teilnehmen, die bereits über hohe Ressourcen (wie eine gute Gesundheit oder höhere finanzielle Ressourcen) verfügen.

Anhand von multiplen linearen Regressionsmodellen, die auf die Querschnittsdaten der 5. Welle der SHARE-Befragung angewendet wurden, konnte gezeigt werden, dass die subjektive Bewertung des Gesundheitszustandes einerseits und der finanziellen Ressourcen andererseits den stärksten Einfluss auf die Lebensqualität in der nachberuflichen Phase nehmen. Die Teilnahme an sozialen Aktivitäten zeigt in einem multivariaten Modell unter Konstanthaltung aller berücksichtigten sozialen Ressourcen keinen oder nur einen sehr geringen Einfluss auf die Lebensqualität. Für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit bedeutet das: Sozialstrukturelle Merkmale – wie Alter, Einkommen und Gesundheit – zeichnen in der nachberuflichen Phase einen Rahmen vor, in dem Lebensqualität bewertet wird. Diese Rahmenbedingungen sind vor allem durch Gesundheit und Einkommen vorgeschrieben. Wird berücksichtigt, dass auch Gesundheit und Krankheit im Alter sozialstrukturell bedingt ist (vgl. etwa von dem Knesebeck 2002), so bedeutet das, dass die Lebensqualität im Alter zu einem großen Teil von der sozialen Lage bestimmt wird. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass Effekte des Lebenslaufs und zeitliche Verläufe und Veränderungen anhand von Querschnittsbefragungen nicht eindeutig nachgezeichnet werden können. Um eindeutige Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge oder zeitliche Veränderungen beobachten zu können, braucht es die Betrachtung der befragten Personen im Längsschnitt.

5.4.2. Längsschnitt Welle 2-5 (2006/07-2013)

Um die Frage nach der Wirksamkeit und Veränderung von sozialen Ungleichheiten über eine zeitliche Periode bearbeiten zu können, wurde ein Längsschnittdesign gewählt. Dabei wird das finale lineare Regressionsmodell der Querschnittsanalyse auf unterschiedliche Wellen der SHARE-Befragung angewendet und untersucht, wie sich die Rolle von bestimmten Einflussfaktoren innerhalb eines Zeitraums von 6-7 Jahren verändert. Herangezogen werden dazu Welle 2 (2006/2007), Welle 4 (2011) und Welle 5 (2013) der SHARE-Befragung. Untersucht werden ausschließlich Personen, die an allen drei Wellen in Österreich teilgenommen haben und zum Befragungszeitpunkt bereits pensioniert waren. Nachdem auch Veränderungen im Erwerbsstatus, also der Übergang von der Erwerbsarbeit in die Pension, berücksichtigt wurden, steigt die Zahl der analysierten Fälle zwischen den Beobachtungszeitpunkten an (Welle 2: n=235; Welle 3: n=243; Welle 5: n=261) (Tab. 17).

Im berechneten Modell zeigt sich zunächst anhand der Modellgüte, dass der Gesamtanteil der Erklärungskraft der Gesamtvarianz des Modells zwischen den Messzeitpunkten zunimmt. So liegt der Wert des angepassten R^2 zum Messzeitpunkt 2006/07 bei 0,289**, 2011 bei 0,343** und 2013 bei 0,336**; das Modell erklärt zu unterschiedlichen Messzeitpunkten also 28,9%, 34,3% bzw. 33,6% der Gesamtvarianz der abhängigen Variable Lebensqualität. Die Modellgüte ist in jedem berechneten Modell signifikant, was bedeutet, dass das Modell einen signifikanten Anteil der Gesamtvarianz der Lebensqualität erklärt.

**Lineare Regression Welle 2, Welle 4 und Welle 5
CASP – Quality of Life and Well-Being Index**

<i>Standardisierte Beta-Werte</i>			
	2006/07	2011	2013
Alter	0,023	-0,169	0,072
Abstand zum Erwerbsleben	-0,052	-0,029	-0,179
Bildungsniveau (Primarbereich)	-	-	-
Sekundarbereich	0,102	-0,045	0,084
Tertiärbereich	0,066	0,091	0,136
Geschlecht (Weiblich)	0,034	-0,042	-0,023
Lebensform (Partnerschaft)	-0,035	-0,111	-0,089
Finanzielle Ressourcen (Völlig problemlos)	-	-	-
Mit großen Schwierigkeiten	-0,264**	-0,174**	-0,256**
Mit gewissen Schwierigkeiten	-0,287**	-0,283**	-0,145*
Einigermaßen problemlos	-0,103	-0,150*	-0,148*
Monatliches HH Einkommen - Perzentile	0,133	-0,002	0,052
Anzahl chronischer Krankheiten	-0,045	-0,092	-0,066
Subjektive Gesundheit (Ausgezeichnet)	-	-	-
Sehr gut	-0,162	-0,118	-0,078
Gut	-0,188	-0,282*	-0,233
Mittelmäßig	-0,347**	-0,280*	-0,404**
Schlecht	-0,313**	-0,378**	-0,392**
Ehrenamtliches Engagement	0,094	0,031	0,009
Fort- oder Weiterbildung	-0,033	-0,020	-0,018
Vereinsaktivitäten	0,070	0,139*	0,025
Zivilgesellschaftliches Engagement	0,049	0,010	-0,021
Angepasstes R2	0,289**	0,343**	0,336**
n	235	243	261

Tabelle 17: Ergebnisse der multiplen linearen Regression Welle 2 – 5 der SHARE-Befragung.
p<0,01** p<0,5*. Pensionierte Personen in Österreich.

In Welle 2 (2006/07) erweisen sich vor allem zwei Einflussfaktoren als relevant, die auch in der Querschnittsuntersuchung als wichtige Einflussfaktoren hervorgehoben wurden: Der subjektive Gesundheitszustand sowie die subjektive Einschätzung der finanziellen Ressourcen nehmen den stärksten Einfluss auf die Lebensqualität. Dies zeigt sich einerseits an der Signifikanz, andererseits sind auch die Effektstärken höher als bei allen anderen berücksichtigten Variablen. So liegt die Effektstärke der standardisierten Beta-Werte bei der subjektiven Gesundheit zwischen -0,347** (mittelmäßige Gesundheit) und -0,162 (Sehr gute Gesundheit). Bei der Einschätzung der finanziellen Situation liegen die Werte zwischen -0,287** (Mit gewissen Schwierigkeiten) und -0,103 (Einigermaßen problemlos).

In der vierten Welle (2011) zeigt sich ein ähnliches Muster: Stärkste Einflussfaktoren auf die Lebensqualität sind auch hier finanzielle Ressourcen und der subjektive Gesundheitszustand. Die standardisierten Beta-Werte der subjektiven Gesundheit liegen in einem Wertebereich zwischen -0,118 (Sehr gute Gesundheit) und -0,378** (Schlechte Gesundheit). Für das Auskommen mit finanziellen Ressourcen liegen diese Werte zwischen -0,150* (Einigermaßen problemlos) und -0,283** (Mit gewissen Schwierigkeiten). Zusätzlich fällt in der Betrachtung der vierten Welle auf, dass die Variable Vereinsaktivitäten als einzige der im Modell berücksichtigten Aktivitäten signifikante Beta-Werte zeigt. Dieser liegt bei 0,139 und ist auf 0,05-Niveau signifikant.

Der Einfluss der Aktivitäten auf die Lebensqualität löst sich im dritten untersuchten Modell der 5. Welle (2013) auf: Hier bleiben als einzige signifikante Einflussfaktoren wiederum finanzielle Ressourcen und der subjektive Gesundheitszustand bestehen. Effektstärken, untersucht anhand der standardisierten Beta-Werte, liegen bei der subjektiven Gesundheit zwischen -0,078 (Sehr gute Gesundheit) und -0,404** (Mittelmäßige Gesundheit); bei der Frage nach dem Auskommen mit finanziellen Ressourcen zwischen -0,148** (Einigermaßen problemlos) und -0,256** (Mit großen Schwierigkeiten).

Werden die untersuchten Wellen im Vergleich betrachtet, so zeigt sich, dass sich der Einfluss der subjektiven Gesundheit im Zeitraum zwischen 2006/07 und 2013 für die befragten Personen vergrößert hat. Liegt der standardisierte Beta-Wert für Personen mit sehr schlechter Gesundheit im Vergleich zu jenen mit ausgezeichneter Gesundheit 2006/07 noch bei -0,313**, so liegt er 2013 auf -0,392**. Dasselbe Muster zeigt sich für Personen mit mittelmäßiger Gesundheit. Hier steigt die Effektstärke von -0,347** (2006/07) auf -0,404** (2013). Über die beobachteten 6-7 Jahre nimmt die Relevanz der subjektiven Gesundheit für die Lebensqualität also zu: Für ältere Menschen ist Gesundheit der wichtigste Prädiktor für Lebensqualität und der Einfluss der Gesundheit nimmt zwischen den Befragungszeitpunkten, also mit höherem Alter, zu.

Der zweite zentrale Einflussfaktor in allen Wellen sind finanzielle Ressourcen. Hier wurden die Befragten zu jedem Messzeitpunkt gefragt, wie schwer oder leicht ihr Haushalt mit den finanziellen Ressourcen über die Runden kommt. Hier zeigt sich, dass der signifikante Einfluss der finanziellen Ressourcen im Zeitvergleich relativ konstant bleibt. So nimmt etwa der Einfluss jener mit gewissen finanziellen Schwierigkeiten im Zeitvergleich ab (2006/07: -0,287**; 2013: -0,145*). Dafür bleibt die Effektstärke bei jenen, die große finanzielle Schwierigkeiten haben innerhalb der 6-7 beobachteten Jahre konstant. Hier liegt die Effektstärke 2006/07 bei -0,264**, 2013 bei -0,256**. Die Einflussstärke bei jenen, die einigermaßen problemlos über die Runden kommen, nimmt hingegen von -0,103 im Jahr 2006/07 auf -0,148* im Jahr 2013, zu.

Zusammengefasst bedeutet das: Den größten Einfluss auf die Lebensqualität in der nachberuflichen Phase haben die Gesundheit und das Einkommen. Dabei stehen subjektive Messungen jenen gegenüber, die objektiv Lebenslagen erfassen, wobei subjektive Messungen in allen errechneten Modellen eine stärkere Vorhersagekraft auf die Lebensqualität zeigen als objektive Messungen der Gesundheit oder des Einkommens. Zudem zeigt sich, dass sich der Einfluss der Gesundheit auf die Lebensqualität mit dem Alter verändert und zwischen den Messzeitpunkten an Effektstärke gewinnt. Damit nimmt die subjektive Gesundheit für ältere Menschen eine zentralere Rolle in der Bewertung ihrer Lebensqualität ein als für jüngere Menschen. Der Einfluss des Einkommens hingegen ist altersunabhängig. Das Auskommen mit finanziellen Ressourcen stellt neben der subjektiven Gesundheit einen zentralen Prädiktor der Lebensqualität dar, der allerdings in allen untersuchten Wellen einen ähnlich starken Einfluss auf die Lebensqualität nimmt. Das Einkommen ist damit – altersunabhängig – eine wichtige Grundlage für die Bewertung der individuellen Lebensqualität. Die Teilnahme an sozialen Aktivitäten zeigt multivariat kaum noch signifikante Einflüsse auf die Lebensqualität. Die Ausnahme stellt hier das Engagement in Vereinen dar, das in der vierten Welle (2011) signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität nimmt. In der zweiten (2006/07) und fünften (2013) Welle hingegen sind bei keiner der Aktivitäten signifikante Effektgrößen zu finden.

5.5. Soziale Aktivitäten: Chancen und Barrieren

Die dargestellten Ergebnisse haben gezeigt: Zentrale Einflussfaktoren auf die Lebensqualität in der nachberuflichen Phase sind die subjektive Gesundheitseinschätzung und das Gefühl, genügend finanzielle Ressourcen zur Verfügung zu haben. Gleichzeitig hat sich gezeigt, dass die untersuchten Aktivitäten (ehrenamtliches Engagement, Fort- und Weiterbildung, Engagement in Vereinen oder politischen Organisationen) in den multivariaten Modellen keinen signifikanten Beitrag zur Erklärung der Lebensqualität bringen konnten – und zwar über alle Wellen hinweg. Zusätzlich geben vor allem Personen, die ein gesteigertes Maß an sozialen Ressourcen zur Verfügung haben auch eine höhere Lebensqualität an – und beteiligen sich gleichzeitig auch häufiger an nachberuflicher Bildung, in Ehrenamt, Vereinen oder anderen Organisationen. Welche Gruppen nehmen also vermehrt an sozialen Aktivitäten in der nachberuflichen Phase teil? Wie lassen sich diese charakterisieren und welche Schlüsse lassen diese Ergebnisse auf die Bearbeitung der Fragestellung zu?

Zunächst zeigt sich, dass Personen, die sich engagieren, signifikant jünger und weniger lang aus dem Erwerbsleben ausgetreten sind. So beträgt das Durchschnittsalter von Personen, die sich an mindestens einer Aktivität beteiligen 69 Jahre, während Personen, die sich an keiner Aktivität beteiligen, durchschnittlich 71 Jahre alt sind ($p < 0,01$). Personen, die an mindestens einer sozialen Aktivität beteiligen haben im Durchschnitt eine Lebensqualität von 38,8 Punkten – und liegen damit durchschnittlich 2,8 Punkte unter jenen, die teilnehmen. Diese Unterschiede sind signifikant ($p < 0,01$).

Personen, die an mindestens einer sozialen Aktivität teilnehmen verfügen über mehr soziale Ressourcen als jene, die dies nicht tun. So haben Personen, die teilnehmen zu 32% eine Primärausbildung im Tertiärbereich abgeschlossen, während dies nur auf 18% der Nicht-Teilnehmenden zutrifft. Gleichzeitig fallen Nicht-Teilnehmende häufiger in die unteren Einkommensklassen (35%) als Personen, die sich engagieren (24%) und schätzen auch ihre Gesundheit durchschnittlich schlechter ein. So geben 43% der Nicht-Teilnehmenden einen mittelmäßigen oder schlechten subjektiven Gesundheitszustand an, während

dies nur 26% der Teilnehmenden tun. Zudem leben Personen, die sich an einer oder mehreren sozialen Aktivitäten engagieren häufiger in Partnerschaften und sind weniger häufig alleinstehend (33% TeilnehmerInnen gegenüber 42,5% der Nicht-TeilnehmerInnen) (Abb. 9).

Damit zeigt sich: Soziale Aktivitäten, wie die Teilnahme an Ehrenamt, Bildung, Vereinen oder politischen Organisationen, können einen positiven Beitrag zur Lebensqualität in der nachberuflichen Phase leisten. Die Möglichkeit, an diesen teilzunehmen ist allerdings von sozialen Ressourcen wie Gesundheit, Einkommen oder Primärausbildung abhängig, über die gerade jene Menschen weniger stark verfügen, die eine niedrige Lebensqualität aufweisen.

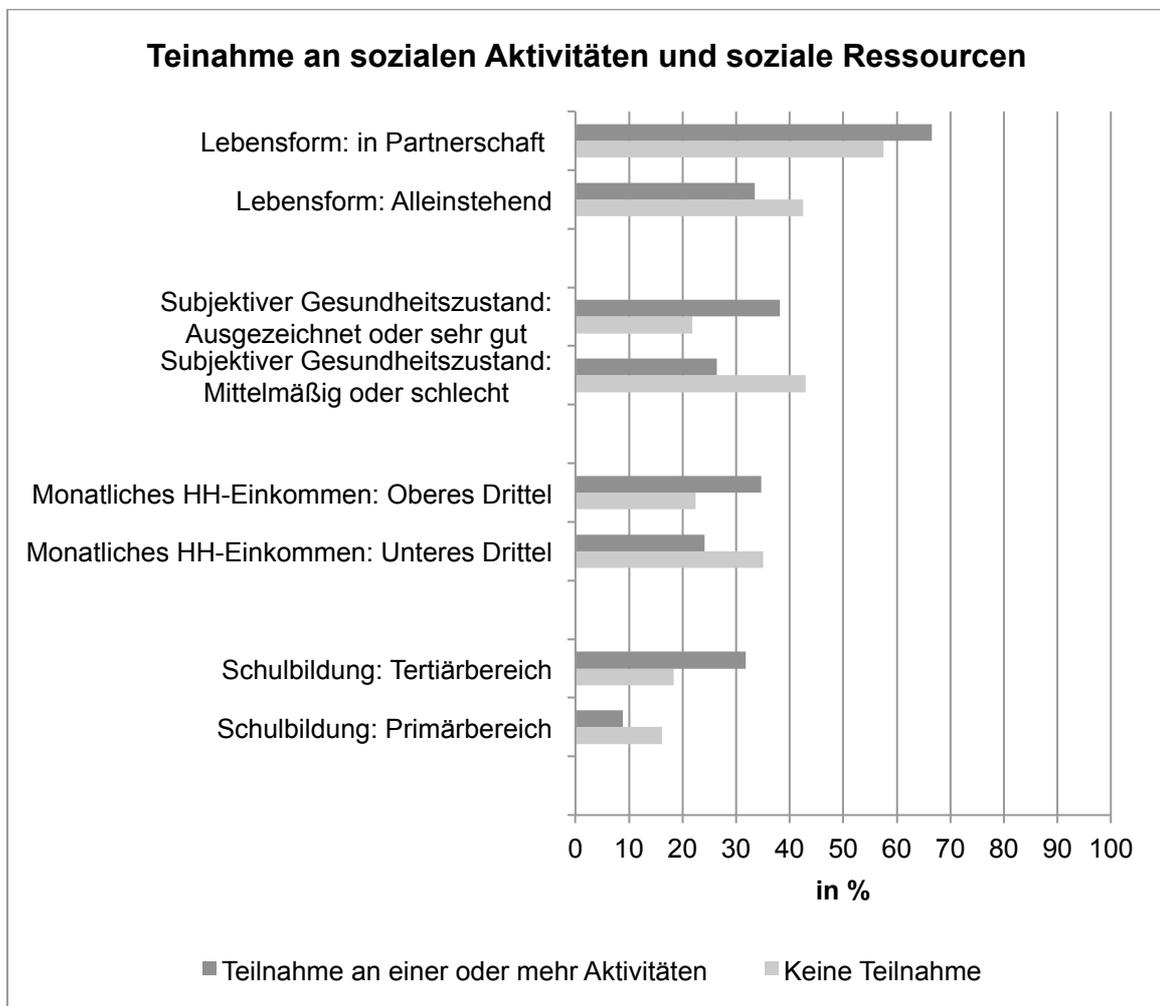


Abbildung 9: SHARE Welle 5 (Querschnitt). Personen mit und ohne Teilnahme an sozialen Aktivitäten und soziale Ressourcen in der 5. Welle (n=2858). Pensionierte Personen in Österreich.

6. Lebensqualität und Lebenslagen im Alter – Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Ziel dieser Arbeit war es, Lebensqualität im Alter im Kontext sozialer Ungleichheit zu untersuchen. Dabei standen vor allem drei Punkte im Vordergrund: Erstens ging es darum, die Verteilung von Lebensqualität in der nachberuflichen Phase zwischen unterschiedlichen sozialen Gruppen zu analysieren und Veränderungen zwischen Altersgruppen herauszuarbeiten. Zweitens sollten die Voraussetzungen für Lebensqualität im Alter geprüft werden: Inwiefern ist die Lebensqualität im Alter von sozialstrukturellen Rahmenbedingungen abhängig und inwiefern ergeben sich durch Engagement Gestaltungs- und Entwicklungsmöglichkeiten? Drittens sollten diese Zusammenhänge im Zeitverlauf betrachtet werden, um zu zeigen, ob sich Muster der Kumulation von Benachteiligungen finden lassen.

Es hat sich gezeigt, dass die nachberufliche Lebensphase differenziert betrachtet werden muss. Dabei wird vor allem ein Unterschied zwischen einem dritten und vierten Lebensalter deutlich, der durch das unterschiedliche Erleben von Autonomie und Selbstverwirklichung gekennzeichnet ist. Diese Ergebnisse sind vor dem Hintergrund einer steigenden Differenzierung der Lebensphase Alter zu betrachten, in der sich nicht nur Abhängigkeit und Unselbstständigkeit in Phasen der Krankheit und Pflegebedürftigkeit, sondern auch Zugewinne an Autonomie, Selbstbestimmung und Freiheit – vor allem für ‚junge Alte‘ – ergeben. In den Daten finden sich Hinweise auf eine Phase des „dritten Alters“ (Höpflinger 2015, S.3), das durch ein hohes Maß an Selbstständigkeit und Autonomie, aber auch eine stärkere Beteiligung an sozialen Aktivitäten gekennzeichnet ist.

Nach dieser Phase der nachberuflichen Autonomie und Freiheit zeigt sich allerdings in allen untersuchten Gruppen eine (vermeintlich) alterskorrelierte Abnahme der Lebensqualität, die hauptsächlich von Veränderungen in der Einschätzung der Autonomie und Selbstbestimmung bedingt ist. Vermeintlich alterskorreliert sind diese Veränderungen deshalb, weil deutlich wird, dass die Abnahme der Lebensqualität nicht durch das Alter selbst, sondern vor allem von

sozialen Faktoren abhängt: Sowohl wann als auch wie stark die Abnahme der Lebensqualität einsetzt, ist zwischen sozialen Gruppen unterschiedlich. So zeigen sich signifikant schlechtere Niveaus von Lebensqualität über alle Altersgruppen hinweg bei Niedrig-Qualifizierten, Personen mit niedriger finanzieller Absicherung oder schlechtem Gesundheitszustand sowie bei Frauen. Zudem hat das Alter unter Berücksichtigung anderer Faktoren in multivariaten Modellen keinen signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität. Die subjektive Gesundheitseinschätzung stellt sich als zentraler Einflussfaktor der Lebensqualität im Alter heraus. Multivariat zeigt sich allerdings: Es ist nicht nur die subjektive Gesundheitseinschätzung, die Lebensqualität im Alter beeinflusst. Besonders stark wirkt auch die subjektive Einschätzung der finanziellen Ressourcen. Auch im Alter gilt: Wer angibt, finanziell gut über die Runden zu kommen, der hat auch eine höhere Lebensqualität. Dies verweist darauf, dass Altern als „sozialer Tatbestand“ (Backes 1997, S. 275) zu deuten ist: Wie sich die Lebensqualität im Prozess des Alterns verändert, hängt auch davon ab, wie Personen über den gesamten Lebenslauf in einer Gesellschaft sozialisiert wurden. Altern ist damit kein biologischer Determinismus, sondern; „Alter verläuft nicht nur nach genetischen, sondern auch nach sozialen und ökonomischen Vorbedingungen variabel. Die Pfade des Alterns sind vom finanziellen und kulturellen Aufwand abhängig und durch diesen gestaltbar.“ (Rosenmayr 1996, S. 50).

Nach Clemens (2008) wurden bezüglich der Wirkung sozialer Ungleichheit in dieser Arbeit vier Thesen unterschieden: Die Kontinuitätsthese, die Kumulationsthese, die Destrukturierungsthese und die These der Altersbedingtheit. Es wurde deutlich, dass sich unterschiedliche Muster sozialer Strukturierung nach dem Erwerbsleben finden lassen. So blieben Unterschiede zwischen Gruppen im Altersgruppenvergleich teilweise bestehen – wie etwa zwischen Bildungs- und Einkommensgruppen – und deuten damit auf Kontinuität hin: Höhere Bildungs- und Einkommensgruppen haben über alle Altersgruppen hinweg eine signifikant höhere Lebensqualität. Gleichzeitig zeigen sich auch Muster der Kumulation bzw. Verschärfung der sozialen Unterschiede zwischen Gruppen. Dies wurde etwa anhand des Geschlechts deutlich, wobei Frauen über die Altersgruppen hinweg stärker an Lebensqualität verlieren als Männer und sich damit die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen verstärken. Homogenisierend wirkt das Alter etwa

betrachtet nach unterschiedlichen Lebensformen: Hier nehmen die Unterschiede zwischen den Gruppen im höheren Alter ab und zeigen damit Muster der Destrukturierung sozialer Ungleichheit. Je nach unterschiedlichen Dimensionen finden sich damit sowohl Muster von Kontinuität, als auch von Kumulation und Destrukturierung.

Ebenfalls wurde untersucht, inwiefern Lebensqualität im Alter – etwa durch die Teilnahme an Bildung, Ehrenamt oder politisches Engagement – beeinflussbar ist: Wie lässt sich die Lebensqualität im Alter steigern? Personen, die an sozialen Aktivitäten teilnehmen, haben über alle Altersgruppen hinweg signifikant höhere Werte an Lebensqualität als jene, die das nicht tun. Die Anzahl der ausgeübten Aktivitäten steht in einem direkt proportionalen Verhältnis zur Lebensqualität – die Lebensqualität nimmt also mit jeder zusätzlich ausgeübten Aktivität zu. Die Steigerung der Lebensqualität ist allerdings mit der Aufnahme der ersten Aktivität am höchsten. Auf Basis der Daten lässt sich damit hypothetisch formulieren: Durch die Teilnahme an sozialen Aktivitäten wie Bildung oder Ehrenamt lassen sich negative Alterseffekte in der Lebensqualität ein Stück weit abfedern.

Welche Dimensionen bestimmen nun stärker die Lebensqualität im Alter: Sind es sozialstrukturelle Rahmenbedingungen oder Handlungsstrategien wie die Teilnahme an sozialen Aktivitäten? Dafür wurden lineare Regressionsmodelle sowohl in einer Querschnitt- als auch Längsschnittperspektive analysiert. Es zeigt sich: Vor allem die finanzielle Absicherung und die subjektive Gesundheitseinschätzung beeinflussen die Lebensqualität im Alter. Finanzielle Ressourcen nehmen dabei altersunabhängig Einfluss, während der Effekt der Gesundheit auf die Einschätzung der Lebensqualität mit steigendem Alter zunimmt. Weder das biologische Alter noch die Teilnahme an sozialen Aktivitäten haben in den multivariaten Modellen signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität. Engagement und soziale Aktivitäten im Alter können zwar einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität haben – wichtiger sind dabei allerdings finanzielle Ressourcen und eine gute Gesundheit, die die Möglichkeiten für eben jenes Engagement eröffnen.

Dies wird deutlich, weil vermehrt jene Gruppen an sozialen Aktivitäten wie Bildung oder Ehrenamt teilnehmen, die auch über hohe soziale Ressourcen verfügen. So zeigen sich vor allem jüngere Alte, Personen mit hoher Bildung, hoher subjektiver Gesundheitseinschätzung und in Partnerschaft lebende Menschen besonders aktiv. Teilhabechancen in der nachberuflichen Phase sind also wiederum von sozialen Ressourcen abhängig. Diese Ressourcen sind vor allem bei jenen Personen mit niedrigerer Lebensqualität schwächer vorhanden. Vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen eröffnen sich sowohl Erfahrungsmöglichkeiten im Sinne einer hohen Lebensqualität als auch Gestaltungsmöglichkeiten im Sinne von Beteiligung an Aktivitäten im Alter. Personen, die also bereits aufgrund von finanziellen oder gesundheitlichen Ressourcen im Alter eine hohe Lebensqualität aufrecht erhalten, können diese zusätzlich durch die Teilnahme an Aktivitäten unterstützen. Jene hingegen, die bereits aufgrund von Benachteiligungen, etwa aufgrund von niedriger Bildung oder fehlenden finanziellen Ressourcen, eine schlechte Lebensqualität angeben, haben auch seltener die Chance, diese durch die Teilnahme an Aktivitäten zu verbessern.

Die Lebensqualität ist damit im Alter nicht unabhängig von sozialen Rahmenbedingungen zu betrachten, in denen sich Personen im Laufe ihres Lebens befinden. Wie theoretisch ausgeführt, versetzt uns die soziale Umwelt in bestimmte „Dispositionsspielräume“ (Amann 2000, S. 57) vor deren Hintergrund Individuen unterschiedliche Chancen haben, an sozialen Aktivitäten teilzuhaben: Vor allem niedrige Einkommen und ein schlechter Gesundheitszustand wirken hier hemmend auf soziale Teilhabe. Damit ist die Lebensqualität in der späteren Lebenshälfte weniger im Kontext von biologischen Abbauprozessen, sondern stärker vor dem Hintergrund sozialer Ungleichheit zu deuten. Lebensqualität im Kontext des Alters ist damit als sozialstrukturelles Phänomen zu verstehen, das sich über den gesamten Lebenslauf bildet: Die Lebenslagen, in denen wir uns über unser gesamtes Leben befinden, die etwa durch Schulbildung, Lebensformen oder Geschlecht mitgezeichnet werden, haben auch im Alter Einfluss darauf, wie wir unsere Lebensqualität bewerten. Durch Bildung, Ehrenamt oder politisches Engagement kann im Alter gezielt Lebensqualität aufgebaut werden. Diese Aktivitäten sind allerdings für jene Menschen leichter zugänglich, die be-

reits über eine hohe Lebensqualität verfügen. Soziale Benachteiligungen über den Lebenslauf werden durch niedrigere Teilhabechancen an sozialen Aktivitäten im Alter fortgeschrieben, während privilegierte Gruppen stärker von sozialen Aktivitäten im Alter profitieren.

6.1. Limitationen und weiterführende Forschungsfragen

Die vorliegende Arbeit hat sich mit der Frage beschäftigt, wie Lebensqualität im Alter durch Formen sozialer Ungleichheit strukturiert wird und wie sich dieser Zusammenhang mit dem Altern verändert. Dabei konnten auch Herausforderungen vor allem im methodischen Vorgehen identifiziert werden, die hier als Limitationen der Arbeit diskutiert werden. Abschließend werden daraus Forschungsdesiderate für weiterführende Untersuchungen abgeleitet.

Erstens ergeben sich Limitationen durch die Definition der Stichprobe für das methodische Vorgehen. Wie in Kapitel 4 ausgeführt wurden nur jene Personen untersucht, die den Erwerbsstatus „Pensioniert“ in der relevanten Welle angaben, um die Lebensphase Alter als nachberufliche Phase möglichst eindeutig bestimmen zu können. Diese Vorgehensweise enthält allerdings auch Unschärfen, weil etwa Personen, die nie berufstätig waren, nicht in die Berechnungen mit aufgenommen wurden. Dies betrifft, vor allem in höheren Altersgruppen, den Frauenanteil in der Stichprobe, da diese besonders in älteren Generationen noch nicht im selben Maße im Arbeitsmarkt sozialisiert wurden (Statistik Austria 2010).

Zweitens ergeben sich Limitationen durch Operationalisierung in der verwendeten SHARE-Studie. Dies betrifft im besonderen die Messung der Teilnahme an nachberuflicher Bildung, die im SHARE-Fragebogen anhand der Teilnahme an einem Fort- oder Weiterbildungskurs in den letzten 12 Monaten untersucht wurde. Dieses Vorgehen unterscheidet sich von anderen Erhebungsinstrumenten (etwa AES – Adult Education Survey), die die Teilnahme an formaler und non-formaler Erwachsenenbildung getrennt und außerdem anhand einer Liste unterschiedlicher Bildungsformate (längerfristige und kurzfristige Bildungsveranstaltungen, Einzelunterricht, Fernunterricht) messen. Dies führt dazu, dass in der SHARE-Befragung die Teilnahme an Bildung in einem engen –

an Fort- und Weiterbildung im Erwerbsleben orientierten – Verständnis gemessen wird, gleichzeitig in der SeniorInnenbildung und im „Lebenslangen Lernen“ (Europäische Kommission 2001, S. 9) allerdings mehrere Bildungs- und Lernaktivitäten anerkannt werden. Um diesem Umstand Rechnung tragen zu können, wurde neben der Teilnahme an Fort- und Weiterbildung auch ehrenamtliches Engagement oder Engagement in Vereinen oder politischen Parteien als soziale (Bildungs-)Aktivität untersucht, was in der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollte.

Drittens muss darauf hingewiesen werden, dass nicht zwischen einmaliger und dauerhafter Teilnahme an Bildung, Ehrenamt oder anderen sozialen Aktivitäten differenziert werden konnte: Als aktive Personen wurden all jene aufgenommen, die sich in den letzten 12 Monaten mindestens einmal an Fort- oder Weiterbildung, unentgeltlicher bzw. freiwilliger Arbeit bei Aktivitäten von Vereinen oder politischen Organisationen beteiligt hatten.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die vorliegende Arbeit einen Beitrag dazu leisten konnte, Wirkung und Gestaltung von sozialen Ungleichheiten in der nachberuflichen Phase in Bezug auf die Lebensqualität zu beschreiben. Deutlich wurde dabei allerdings auch, dass Ungleichheiten nach dem Erwerbsleben sowohl theoretisch als auch empirisch noch einer differenzierteren Analyse bedürfen. Dies betrifft vor allem zwei Bereiche:

Einerseits ginge es um eine stärkere Fokussierung auf einzelnen Einflussfaktoren auf die Lebensqualität und die Veränderungen ihrer Wirkung im Alter, wobei differenzierter auf den Zusammenhang zwischen subjektiven und objektiven Kennzahlen unterschiedlicher Dimensionen sozialer Ungleichheit eingegangen werden sollte. Dies bezieht sich auch auf eine differenziertere Analyse des Zusammenhangs von objektiven und subjektiven Kriterien der Lebensqualität im Alter. In der vorliegenden Arbeit wurden sowohl objektive Rahmenbedingungen wie Schulbildung oder Einkommen, als auch die subjektive Bewertung ebenjener untersucht, sofern dies anhand der verfügbaren Variablen möglich war. Hypothetisch angenommen wurde dabei, dass sowohl objektive als auch subjektive Messungen in gleicher Weise auf die Lebensqualität wirken. Diesen Zusammen-

hang differenzierter zu betrachten und zu prüfen könnte Thema weiterer Forschung sein: In welchem Zusammenhang steht das Vorhandensein objektiver Ressourcen und ihrer subjektiven Bewertung im Kontext von Lebensqualität?

Andererseits hat sich auch gezeigt, dass soziale Ungleichheiten nach dem Erwerbsleben in unterschiedlichen Forschungssträngen und -schwerpunkten diskutiert werden: Diese umfassen sowohl Gesundheits- oder Lebensqualitätsaspekte, als auch Einkommensdynamiken im Alter und Bildungsungleichheiten über den gesamten Lebenslauf. Ein weiterführendes Forschungsthema wäre damit die Integration unterschiedlicher Forschungsergebnisse und Untersuchungen zur Intersektion von Ungleichheiten nach dem Erwerbsleben: Wie lassen sich geschlechter-, bildungs-, einkommens- oder raumbezogene Aspekte von sozialer Ungleichheit im Alter in ihrem Zusammenspiel analysieren?

Abschließend eröffnet sich ein Blick auf Ungleichheiten in der Nacherwerbsphase, der nicht nur die Fortschreibung von sozialen Verteilungsmustern im Sinne von Kontinuität oder Kumulation thematisiert, sondern stärker Möglichkeiten und Formen sozialer Mobilität nach dem Erwerbsleben in den Fokus rückt. Besondere Bedeutung kommt dabei dem Übergang von beruflicher in nachberufliche Phase zu. Altern ist hier nicht als Determinismus zu verstehen, der soziale Vorzüge oder Benachteiligungen fortschreibt, sondern auch als mobilitätsermöglichende oder sogar -fördernde Lebensphase.

7. Quellenangaben

7.1. Literaturverzeichnis

- Amann, Anton, Franz Kolland. 2014. Kritische Sozialgerontologie – Konzeptionen und Aufgaben. In *Das erzwungene Paradies des Alters? Weitere Fragen an eine Kritische Gerontologie*. Hrsg. Anton Amann und Franz Kolland, 1-29. Wiesbaden: Springer.
- Amann, Anton, Günther Ehgartner und David Felder. 2010. *Sozialprodukt des Alters. Über Produktivitätswahn, Alter und Lebensqualität*. Wien: Böhlau.
- Amann, Anton. 2000. Sozialpolitik und Lebenslagen älterer Menschen. In *Lebenslagen im Alter. Gesellschaftliche Bedingungen und Grenzen*. Hrsg. Gertrud M. Backes und Wolfgang Clemens, 53-75. Opladen: Leske & Budrich.
- Angelini, Viola, Danilo Cavapozzi, Luca Carazzini, Omar Paccagnella. 2012. Age, Health and Life Satisfaction Among Older Europeans. *Social Indicators Research*, 105: 293-308.
- Backes, Gertrud M. .1997. *Alter(n) als ‚gesellschaftliches Problem‘? Zur Vergesellschaftung des Alter(n)s im Kontext der Modernisierung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Backes, Gertrud M. 2005. Soziologie des Alters. In *Alter als Last und Hance. Beiträge des Symposiums vom 30. September bis 3. Oktober 2004 in Cadenabbia*. Hrsg. Volker Schumpelick und Bernhard Vogel, 346-365. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Backes, Gertrud, Wolfgang Clemens und Klaus Schroeter. 2001. Zur Konstruktion sozialer Ordnungen des Alter(n)s. In *Zur Konstruktion sozialer Ordnungen des Alter(n)s*. Hrsg. Gertrud Backes, Wolfgang Clemens und Klaus Schroeter, 7-31. Opladen: Leske + Budrich.
- Backes, Gertrud M. und Wolfgang Clemens. 2000. Lebenslagen im Alter – Erscheinungsformen und Entwicklungstendenzen. In *Lebenslagen im Alter. Gesellschaftliche Bedingungen und Grenzen*. Hrsg. Gertrud M. Backes und Wolfgang Clemens, 7-31. Opladen: Leske+Budrich.
- Backes, Gertrud und Wolfgang Clemens. 2013. *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung*. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage, Weinheim: Beltz Juventa.
- Backhaus, Klaus, Bernd Erichson, Wulff Plinke und Rold Weiber. 2006. *Multivariate Analysemethoden: eine anwendungsorientierte Einführung*. 11., überarbeitete Auflage, Berlin: Springer.
- Börsch-Supan, Axel, Christian Hunkler, Stefan Gruber, Agnes Orban, Stephanie Stuck, Jana Neumann und Martina Brandt. Dataset 2015. *easySHARE. Release version: 2.0.0. SHARE-ERIC. Dataset*. doi: 10.6103/SHARE.easy.200.

- Börsch-Supan, Axel, Martina Brandt, Christian Hunkler, Thorsten Kneip, Julie Korbmacher, Frederic Malter, Barbara Schaan, Stephanie Stuck und Sabina Zuber on behalf of the SHARE Central Coordination Team. 2013. Data Resource Profile. The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*, 2013: 1-10.
- Bremer, Helmut. 2007. *Soziale Milieus, Habitus und Lernen: Zur sozialen Selektivität des Bildungswesens am Beispiel der Weiterbildung*. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Bremer, Helmut. 2014. Die Transformation sozialer Selektivität. Soziale Milieus und Traditionslinien der Weiterbildungsteilnahme. In *Soziale Milieus und Wandel der Sozialstruktur, Sozialstrukturanalyse*. Hrsg. Helmut Bremer und Andrea Lange-Vester, 190-215. Wiesbaden: Springer.
- Bubolz-Lutz, Elisabeth, Eva Gösken, Cornelia Kricheldorf und Renate Schramek. 2010. *Geragogik: Bildung und Lernen im Prozess des Alterns. Das Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). 2010. *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung. Drucksache 17/3815*. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/bt-drucksache-sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (Zugegriffen: 28.2.2016).
- Clemens, Wolfgang. 2008. Zur „ungleichheitsempirischen Selbstvergessenheit“ der deutschsprachigen Alter(n)ssoziologie. In *Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter. Fakten, Prognosen und Visionen*. Hrsg. Harald Küngemund und Klaus R. Schroeter, 17-30. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Conrad, Ines und Steffi G. Riedel-Heller. 2016. Lebensqualität im Alter. In *Lebensqualität im Alter. Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen*. Hrsg. Sandra Verena Müller und Claudia Gärtner, 23-39. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Dannefer, Dale. 2003. Cumulative Advantage / Disadvantage in the Life Course. Cross-Fertilizing Age and Social Science Theory. *The Journals of Gerontology*, 58B, 6: 327-337.
- DeLuca, Giuseppe, Claudio Rosetti und Frederic Malter. 2015. Sample design and weighting strategies in SHARE Wave 5. In *SHARE Wave 5: Innovations & Methodology*. Hrsg. Frederic Malter und Axel Börsch-Supan, 75-85. http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/Method_vol5_31March2015.pdf (Zugegriffen: 20.11.2015).

- DiPrete, Thomas A und Gregory M. Eirich. 2006. Cumulative Advantage as a Mechanism for Inequality. A Review of Theoretical and Empirical Developments. *Annual Review of Sociology*, 32: 271-297.
- Ehlers, Anja. 2010. Bildung im Alter – (k)ein politisches Thema? In *Soziale Lebenslaufpolitik*. Hrsg. Gerhard Naegele, 602-618. Wiesbaden: VS.
- Engels, Dietrich. 2008. Lebenslagen. In *Lexikon der Sozialwirtschaft*. Hrsg. Bernd Maelicke, 643-646. Baden-Baden: Nomos.
- Erlor, Ingolf und Michael Fischer. 2012. *Teilnahme und Nichtteilnahme an Erwachsenenbildung. Sekundarstatistische Auswertungen des Adult Education Survey 2007*.
http://www.oieb.at/upload/4720_OIEB_Studie_Teilnahme_an_Erwachsenenbildung.pdf (Zugegriffen: 19.11.2015).
- Europäische Kommission. 2001. *Mitteilung der Kommission. Einen europäischen Raum des lebenslangen Lernens schaffen*. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2001:0678:FIN:DE:PDF> (Zugegriffen: 19.11.2015).
- Faulstich, Peter. 2003. *Weiterbildung. Begründungen lebensentfaltender Bildung*. München: Oldenbourg.
- Ferraro, Kenneth F. und Jessica A. Kelley-Moore. 2003. Cumulative Disadvantage and Health: Long-Term Consequences of Obesity? *American Sociological Review*, 68, 5: 707-729.
- Ferraro, Kenneth F., Tetyana Pylypiv Shippee und Markus H. Schafner. 2009. Cumulative Inequality Theory for Research on Aging and the Life Course. In *Handbook of Theories of Ageing*. Hrsg. Vern L. Bengtson, Daphna Gans, No-rella M. Putney und Merrill Silverstein, 413-435. New York: Springer.
- Fonseca, Raquel, Arie Kapteyn, Jinkook Lee, Gema Zamarro und Kevin Feeney. 2013. Financial and subjective well-being of older Europeans. In *Active ageing and solidarity between generations in Europe*. Hrsg. Axel Börsch-Supan, Martina Brandt, Howard Litwin und Guglielmo Weber, 137-149. Berlin & Boston: Walter de Gruyter.
- Gruber, Stefan, Christian Hunkler und Stephanie Stuck. 2014. *Generating easySHARE. Guidelines, Structure, Content and Programming. Working Paper Series 17-2014*. http://www.share-project.org/uploads/tx_sharepublications/WP_Series_17_2014_Gruber_Hunkler_Stuck.pdf (Zugegriffen: 19.11.2015).
- Havighurst, Robert. 1952. Social and Psychological Needs of the Aging. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 279: 11-17.
- Havighurst, Robert. 1961. Successful Aging. *The Gerontologist*, 1: 8-13.

- Havighurst, Robert. 1980. Life-Span Developmental Psychology and Education. *Educational Researcher*, 10: 3-8.
- Höpflinger, Francois. 2015. *Wandel des dritten Lebensalters. ‚Junge Alte‘ im Aufbruch. Babyboom-Generation – zum Altern einer Generation.* <http://www.hoepflinger.com/fhtop/DrittesLebensalter.pdf> (Zugegriffen: 19.11.2015).
- Horner, Elizabeth Mokyr. 2014. Subjektive Well-Being and Retirement. Analysis and Policy Recommendations. *Journal of Happiness Studies*, 15, 1: 125-144.
- Hunkler, Christian, Stefan Gruber, Agnes Obran, Stephanie Stuck, Jana Neumann und Martina Brandt. 2015. *easySHARE. Guide to easySHARE. Release 1.0.0.* http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/easySHARE_Release_1.0_ReleaseGuide.pdf (Zugegriffen: 15.11.2015).
- Hyde, Martin , Richard Wiggins, Paul Higgs und David Blane. 2003. A measure of quality of life in early old age: The theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Ageing & Mental Health*, 7: 186-194.
- Jivraj, Stephen, James Nazroo and Matt Barnes. 2012. Chance in social detachment in older age in England. In *The Dynamics of Ageing. Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing 2002-10 (Wave 5)*. Hrsg. The Institute for Fiscal Studies, 48-98. <http://www.ucl.ac.uk/news/pdf/elsa5final.pdf> (Zugegriffen: 19.11.2015).
- Kade, Sylvia. 2009. *Altern und Bildung. Eine Einführung.* 2. aktualisierte und überarbeitete Auflage, Bielefeld: Bertelsmann.
- Klevmarken, Anders, Patrik Hesselius und Bengt Swensson. 2005. The SHARE Sampling Procedures and Calibrated Design Weights. In *The Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe – Methodology*. Hrsg. Axel Börsch-Supan und Hendrick Jürges, 28-70. http://www.share-project.org/uploads/tx_sharepublications/SHARE_BOOK_METHODODOLOGY_Wave1.pdf (Zugegriffen: 19.11.2015).
- Klimont, Jeannette und Erika Baldaszi. 2015. *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation.* http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/6/8/CH1066/CMS1448449619038/gesundheitsbefragung_2014.pdf (Zugegriffen: 28.2.2016).
- Klotz, Johannes und Eva-Maria Asamer. 2014. *Bildungsspezifische Sterbetafeln 2006/2007 sowie 2011/2012.* Statistische Nachrichten, 3: 209-214.
- Kolland, Franz, Pegah Ahmadi und Barbara Hauenschild, Barbara. 2009. *Bildung, aktives Altern und soziale Teilhabe. Zusammenfassung und*

- Tabellenband der Studie*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- Kolland, Franz. 2008. Lernen und Altern zwischen Expansion und sozialer Exklusion. In *Das erzwungene Paradies des Alters? Fragen an eine kritische Gerontologie*. Hrsg. Anton Amann und Franz Kolland, 195-220. Wiesbaden: VS.
- Kolland, Franz. 2011. Bildung und aktives Alter. *Magazin Erwachsenenbildung.at.*, 13: 02-2 – 02-9.
- Kolland, Franz. 2014. Bildungsaktivitäten im Alter: Lernkulturen und Lernbeteiligung auf dem Prüfstand. In *Das erzwungene Paradies des Alters? Weitere Fragen an eine Kritische Gerontologie*. Hrsg. Anton Amann und Franz Kolland, 229-253. Wiesbaden: VS.
- Köster, Dietmar. 2012. Thesen zur kritischen Gerontologie aus sozialwissenschaftlicher Sicht. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45: 603-609.
- Kottmann, Andrea. 2008. Alter als Kategorie sozialer Ungleichheit? In *Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter. Fakten, Prognosen und Visionen*. Hrsg. Harald Künemund, Harald und Klaus R. Schroeter, 31-71. Wiesbaden: VS.
- Kruse, Andreas. 2003. Lebensqualität im Alter. Befunde und Interventionsansätze. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36: 419-420.
- Kruse, Andreas. 2009. Bildung im Alter. In *Handbuch Erwachsenenbildung/ Weiterbildung*. Hrsg. Rudolf Tippelt und Aiga von Hippel, 827-840, Wiesbaden: VS.
- Leopold, Liliya und Henriette Engelhart. 2011. Bildung & Gesundheitsungleichheit im Alter. Divergenz, Konvergenz, Kontinuität? Eine Längsschnittuntersuchung mit SHARE. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 63: 207-236.
- Litwin, Howard und Kimberly J. Stoeckel. 2013. Social networks and subjective wellbeing among older Europeans: does age make a difference? *Ageing and Society*, 33: 1263-1281.
- Mannheim, Karl. 1928/1929. Das Problem der Generationen. *Kölner Vierteljahresshefte für Soziologie*, 7: 157-185 (1928) und 309-330 (1929).
- Martin, Mike und Matthias Kliegel. 2010. *Psychologische Grundlagen der Gerontologie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.
- Motel-Klingebiel, Andreas, Hans-Joachim von Kondratowitz und Clemens Tesch-Römer. 2004. Social Inequality in the Later Life. Cross-National Comparison of Quality of Life. *European Journal of Ageing*, 1 (1): 6-14.
- Motel-Klingebiel, Andreas, Susanne Wurm, Oliver Huxhold und Clemens Tesch-Römer. 2010. Wandel von Lebensqualität und Ungleichheit in der zweiten Le-

- benshälfte. In *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*. Hrsg. Andreas Motel-Klingebiel, Susanne Wurm und Clemens Tesch-Römer, 15-34. Stuttgart: Kohlhammer.
- Motel-Klingebiel, Andreas. 2001. Lebensqualität und Ungleichheit im Alter. In *Zur Konstruktion sozialer Ordnungen des Alterns*. Hrsg. Gertrud M. Backes, Wolfgang Clemens und Klaus R. Schroeter, 187-223. Opladen: Leske+Budrich.
- Neise, Michael und Susanne Zank. 2016. Lebensqualität. In *Lebensqualität im Alter. Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen*. Hrsg. Sandra Verena Müller und Claudia Gärtner. Wiesbaden: Springer Fachmedien: 2-23.
- Netuveli, Gopalakrishnan und Mel Bartley. 2012. Perception is Reality: Effect of Subjective Versus Objective Socio-economic Position on Quality of Life. *Sociology*, 46: 1208-1215.
- Niedzwieds, Claire L., Srinivasa Vittal Katikireddi, Jill P. Pell and Richard Mitchell. 2014. Socioeconomic inequalities in the quality of life of older Europeans in different welfare regimes. *European Journal of Public Health*, 24: 364-370.
- Noll, Heinz-Herbert. 2000. Konzepte der Wohlfahrtsentwicklung: Lebensqualität und „neue“ Wohlfahrtskonzepte. *WZB Discussion Paper*, 00-505: 1-27.
- O’Rand, Angela M. 1996. The Precious and the Precocious: Understanding Cumulative Disadvantage and Cumulative Advantage Over the Life Course. *The Gerontologist*, 36, 2: 230-238.
- Pinquart, Martin und Silvia Sörensen, 2000. Influences in socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. *Psychology and Ageing*, 15: 187-224.
- Pinquart, Martin. 2001. Age Differences in Perceived Positive Affect, Negative Affect, and Affect Balance in Middle and Old Age. *Journal of Happiness Studies*, 2: 374-405.
- Republik Österreich. 2011. *Strategie zum lebensbegleitenden Lernen in Österreich (LLL 2020)*. Wien: AV+Astoria. http://www.esf.at/esf/wp-content/uploads/LLL-Strategiepapier_20111.pdf (Zugegriffen: 19.11.2015).
- Rosenmayr, Leopold. 1996. Altern im Lebenslauf. Soziale Position, Konflikt und Liebe in den späten Jahren. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rüßler, Harald, Dietmar Köster, Elisabeth Heite und Janina Stiel. 2013. Soziale Ungleichheit und Partizipation in alternden Stadtgesellschaften. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46: 306-311.
- Saake, Irmhild. 2002. Wenig Neues vom Alter: Ein systemtheoretischer Ausweg aus gerontologischen Denkschleifen. In *Theoretische Beiträge zur Alternssoziologie*. Hrsg. Ursula Dallinger und Klaus R. Schroeter, 275-297. Opladen: Leske + Budrich.

- Scheidt-Nave, Christa, Stefanie Richter, Judith Fuchs und Adelheid Kuhlmeier. 2010. Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für alternde Gesellschaft am Beispiel „Multimorbidität“. *Bundesgesundheitsblatt*, 53: 441-450.
- Schiersmann, Christiane. 2006. *Profile lebenslangen Lernens. Weiterbildungserfahrungen und Lernbereitschaft der Erwerbsbevölkerung*. Bielefeld: Bertelsmann.
- Schneeberger, Arthur. 2005. *Beteiligungsstruktur und Ressourcen der Erwachsenenbildung. Empirische Grundlage zu einer Strategie des lebensbegleitenden Lernens*.
http://erwachsenenbildung.at/downloads/service/2_05_Online-Version-GESAMT.pdf (Zugegriffen: 19.11.2015).
- Schöllgen, Ina, Oliver Huxhold und Clemens Tesch-Römer. 2010. Socioeconomic Status and Health in the Second Half of Life. Findings from the German Ageing Survey. *European Journal of Ageing*, 7: 17-28.
- Schultze Rainer-Olaf. 1995. Partizipation. In *Lexikon der Politik. Band 1: Politische Theorien*. Hrsh. Dieter Nohlen, 398-406. München: Beck.
- SHARE Austria. 2015. *Projekthomepage*. www.share-austria.at (Zugegriffen: 19.11.2015).
- Siegrist, Johannes und Morten Wahrendorf. 2009. Participation in socially productive activities and quality of life on early old age: findings from SHARE. *Journal of European Social Policy*, 19: 317-326.
- Simonson, Julia, Christine Hagen und Andreas Motel-Klingebiel. 2013. Ungleichheit und soziale Teilhabe im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46: 410-416.
- Stanley, Mandy und Julianne Cheek. 2003. Well-being and older people: a review of the literature. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 70: 51-59.
- Statistik Austria. 2010. Statistische Analysen zur Entwicklung der Situation von Frauen in Österreich. In *Frauenbericht 2010. Bericht betreffend die Situation von Frauen in Österreich im Zeitraum 1998 bis 2008*. Hrsg. Bundesministerin für Frauen und Öffentlichen Dienst im Bundeskanzleramt Österreich, 7-351.
https://www.bka.gv.at/studien/frauenbericht2010/Frauenbericht_Beginn.pdf
 (Zugegriffen: 19.11.2015).
- Statistik Austria. 2015a. *Statistik des Bevölkerungsstandes, Bevölkerungsprognose 2014*. Erstellt am 08.01.2015.
https://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_PDF_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=043902 (Zugegriffen: 19.11.2015).
- Statistik Austria. 2015b. *Sterblichkeit, Lebenserwartung. Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, Demographische Indikatoren*. Erstellt am 13.01.2015.
https://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_PDF_FILE&Revision

SelectionMethod=LatestReleased&dDocName=043903 (Zugegriffen: 19.11.2015).

Stuck, Stephanie, Sabrina Zuber, Morten Schutz, Markus Kotte, Fabio Franzese, Fabio, Stefan Gruber, Tim Birkenbach und alle SHARE country team operators. 2015. *SHARE Survey of Health, Ageing and Retirement in Europa. Release Guide 1.0.0 Wave 5*. http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/SHARE_wave_5_release_guide_1.0.0.pdf (Zugegriffen: 19.11.2015).

Tews, Hans Peter. 1993. Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters. In *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters*. Hrsg. Gerhard Naegele und Hans Peter Tews, 15-42. Opladen: Westdt.

United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO). 2006. *ISCED 1997. International Standard Classification of Education*. http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_PDF_FILE&dDocName=104086 (Zugegriffen: 19.11.2015).

Völkl, Susanne. 2010. *Lebensqualität im Alter. Befragung von Personen ab 60 Jahren*. <http://www.lebensspuren.net/medien/pdf/Lebensqualitaet%20im%20Alter.pdf> (Zugegriffen: 28.2.2016).

von dem Knesebeck, Olaf, Martin Hyde, Paul Higgs, Alexandra Kupfer und Johannes Siegrist. 2005. *Quality of Life and Well-Being. First Prospective Findings. Social and Family Context*. http://www.share-project.org/uploads/tx_sharepublications/von_dem_Knesebeck_Hyde_Higgs_Kupfer_Siegrist_2005.pdf (Zugegriffen: 19.11.2015).

Von dem Knesebeck, Olaf, Morten Wahrendorf, Martin Hyde und Johannes Siegrist. 2007. Socio-economic position and quality of life among older people in 10 European countries: results from SHARE study. *Ageing and Society*, 27: 269-284.

Wahrendorf, Morten, Olaf von dem Knesebeck und Johannes Siegrist. 2008. *Social Productivity and Quality of Life. First Prospective Findings. Social and Family Context*. 190-197. http://www.share-project.org/uploads/tx_sharepublications/Wahrendorf_Knesebeck_Siegrist_2008_Social_productivity_and_quality_of_life.pdf (Zugegriffen: 19.11.2015).

Wahrendorf, Morten und Johannes Siegrist. 2010. Are changes in productive activities of older people associated with changes in their well-being? Results of a longitudinal European study. *European Journal of Ageing*, 7: 59-68.

Weltgesundheitsorganisation (WHO). 2002. *Aktiv Altern. Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln*.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/2/WHO_NMH_NPH_02.8_ger.pdf (Zugegriffen: 19.11.2015).

Wetzel, Martin, Oliver Huxhold und Clemens Tesch-Römer. 2015. Transition into Retirement Affects Life Satisfaction. Short- and Long-Termin Development Depends on Last Labor Market Status and Education. *Social Indicators Research*, doi:10.1007/s11205-015-0862-4.

Willson, Andrea, Kim Shuey und Glen Elder. 2007. Cumulative Advantage Processes as Mechanisms of Inequality in Life Course Health. *American Journal of Sociology*, 112, 6: 1886-1924.

Withnall, Alexandra. 2010. *Improving learning in later life*. London: Routledge.

World Health Organization. 2002. *WHOQOL-HIV Instrument. The 120 Questions with Responce Scales & 38 Importance Items*.
http://www.who.int/mental_health/media/en/557.pdf (Zugegriffen: 28.2.2016).

7.2. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anwendungsvoraussetzungen linearer Regressionen und Durchführung ihrer Prüfung (vgl. Backhaus et al. 2006).	38
Tabelle 2: Erhebungs- und Veröffentlichungszeitpunkte der fünf Wellen der SHARE-Befragungen und easyShare (Stuck et al. 2015).....	39
Tabelle 3: Durchschnittswerte der CASP-Skala in den Wellen 2-5. Pensionierte Personen in Österreich.. ..	42
Tabelle 4: Items der verwendeten CASP-12-Skala. In der Auswertung speziell berücksichtigte Items sind fett markiert.. ..	43
Tabelle 5: Univariate Verteilung der ISCED-97 Skala in Einzelstichproben der SHARE-Daten (Welle 2-5). Pensionierte Personen in Österreich.....	45
Tabelle 6: Univariate Verteilung der Variable „Bücher im Alter von 10 Jahren“ in Einzelstichproben der SHARE-Daten (Welle 2-5). Pensionierte Personen in Österreich.....	45
Tabelle 7: Univariate Verteilung der Variable „Perzentile des Netto-Haushaltseinkommens“ in Einzelstichproben der SHARE-Daten (Welle 2-5). Pensionierte Personen in Österreich.	46
Tabelle 8: Univariate Verteilung der Variable Auskommen mit finanziellen Ressourcen in Einzelstichproben der SHARE-Daten (Welle 2-5). Pensionierte Personen in Österreich.	47
Tabelle 9: Univariate Verteilung der Variable Lebensform in Einzelstichproben der SHARE-Daten (Welle 2-5). Pensionierte Personen in Österreich.	47
Tabelle 10: Univariate Verteilung der Variable Geschlecht in Einzelstichproben der SHARE-Daten (Welle 2-5). Pensionierte Personen in Österreich.	48
Tabelle 11: Univariate Verteilung der Variable Subjektiver Gesundheitszustand in Einzelstichproben der SHARE-Daten (Welle 2-5). Pensionierte Personen in Österreich.....	49
Tabelle 12: Beteiligungsquoten an sozialen Aktivitäten nach Wellen. Pensionierte Personen in Österreich.	50
Tabelle 13: Stufen der CASP-Skala und verwendete Items der vier Dimensionen..	52
Tabelle 14: SHARE Welle 2-5. Durchschnittswerte der CASP-Skala nach Messzeitpunkten. Pensionierte Personen in Österreich.	61
Tabelle 15: SHARE Welle 5 (Querschnitt). Teilnahme an Aktivitäten 12 Monate vor der Befragung (n=2858). Pensionierte Personen in Österreich.	73
Tabelle 16: Ergebnisse der multiplen linearen Regression Welle 5 der SHARE-Befragung. $p < 0,01^{**}$ $p < 0,5^*$. Pensionierte Personen in Österreich.	79
Tabelle 17: Ergebnisse der multiplen linearen Regression Welle 2 – 5 der SHARE-Befragung. $p < 0,01^{**}$ $p < 0,5^*$. Pensionierte Personen in Österreich.	85

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: SHARE Welle 5 (Querschnitt). Durchschnittswerte der CASP-Skala nach Altersgruppen und Dimensionen Kontrolle, Autonomie, Selbstverwirklichung und Wohlbefinden. Pensionierte Personen in Österreich. (n=2858).	55
---	-----------

Abbildung 2: SHARE Welle 5 (Querschnitt). Durchschnittswerte der CASP-Skala nach Alter und Bildung. Anteil der Personen bei sehr schlechter Gesundheit und mit finanziellen Schwierigkeiten. Pensionierte Personen in Österreich (n=2858).....	58
Abbildung 3: SHARE Welle 5 (Querschnitt). Durchschnittswerte der CASP-Skala nach Schulbildung (links, n=992) und Bücher im Haushalt im Alter von 10 Jahren (rechts, n=1439). Pensionierte Personen in Österreich.....	65
Abbildung 4: SHARE Welle 5 (Querschnitt). Durchschnittswerte der CASP-Skala nach Geschlecht (links; n=2704) und Lebensform (rechts, n=2677). Pensionierte Personen in Österreich.	67
Abbildung 5: SHARE Welle 5 (Querschnitt). Durchschnittswerte der CASP-Skala nach Auskommen mit dem Einkommen (links, n=1727) und monatlichem Haushaltseinkommen (rechts, n=1568). Pensionierte Personen in Österreich.	69
Abbildung 6: SHARE Welle 5 (Querschnitt). Durchschnittswerte der CASP-Skala nach subjektiver Gesundheitseinschätzung (links, n=1741) und der Anzahl chronischer Krankheiten (rechts, n=1803). Pensionierte Personen in Österreich.	71
Abbildung 7: SHARE Welle 5 (Querschnitt). Beteiligung an Aktivitäten und Lebensqualität (n=2703) und Beteiligungsquoten (n=2858). Pensionierte Personen in Österreich.	74
Abbildung 8: SHARE Welle 5 (Querschnitt). Beteiligung an Aktivitäten und Lebensqualität (n=2703) und Beteiligungsquoten (n=2858) nach Altersgruppen. Pensionierte Personen in Österreich.....	75
Abbildung 9: SHARE Welle 5 (Querschnitt). Personen mit und ohne Teilnahme an sozialen Aktivitäten und soziale Ressourcen in der 5. Welle (n=2858). Pensionierte Personen in Österreich.	89

7.3. SHARE-Statement

This paper uses data from SHARE Waves 1, 2, 3 (SHARELIFE), 4 and 5 (DOIs: 10.6103/SHARE.w1.260, 10.6103/SHARE.w2.260, 10.6103/SHARE.w3.100, 10.6103/SHARE.w4.111, 10.6103/SHARE.w5.100), see Börsch-Supan et al. (2013) for methodological details.

The SHARE data collection has been primarily funded by the European Commission through FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARE- LIFE: CIT4-CT-2006-028812) and FP7 (SHARE-PREP: N°211909, SHARE-LEAP: N°227822, SHARE M4: N°261982). Additional funding from the German Ministry of Education and Research, the U.S. National Institute on Aging (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGHA_04-064) and from various national funding sources is gratefully acknowledged (see www.share-project.org).

This paper uses data from the generated easySHARE dataset release 2.0.0, as of June 15th 2015 (DOI: 10.6103/SHARE.easy.200). For methodological details see the SHARE working paper 17-2014: "Generating easySHARE: guidelines, structure, content and programming" by Gruber, S., C. Hunkler and S. Stuck. The easySHARE release 2.0.0 is based on SHARE waves 1 and 2 release 2.6.0 (DOI: 10.6103/SHARE.w1.260 and 10.6103/SHARE.w2.260), SHARELIFE release 1.0.0 (DOI: 10.6103/SHARE.w3.100), SHARE wave 4 release 1.1.1 (DOI: 10.6103/SHARE.w4.111) and SHARE wave 5 release 1.0.0 (DOI: 10.6103/SHARE.w5.100).

Abstract

Vor dem Hintergrund der sich ausdifferenzierenden Lebensbedingungen älterer Menschen im Zuge des demographischen Wandels wird Lebensqualität zu einem Indikator zur Bewertung von Lebensbedingungen im Alter. Lebensqualität verweist nicht nur auf eine erfolgreiche Lebensgestaltung im Sinne eines aktiven Alterns, sondern auch auf Ressourcen, die ein gutes Leben in der nachberuflichen Phase ermöglichen. Im Rahmen dieser Arbeit wird der Frage nachgegangen, inwiefern Lebensqualität in der nachberuflichen Phase von sozialstrukturellen Rahmenbedingungen abhängt und wie Lebensqualität im höheren Alter aufgebaut werden kann. Kommt es in der nachberuflichen Phase zu einer Kumulation, Kontinuität oder Destrukturierung sozialer Ungleichheiten im Bezug auf die Lebensqualität?

Zur empirischen Bearbeitung der Fragestellungen werden vier Wellen des Survey of Health, Age and Retirement in Europe (SHARE, 2006/07 - 2013) herangezogen. Der Einfluss von sozialen Ressourcen (Bildungshintergrund, Lebensform, Geschlecht, Finanzielle Ressourcen, Gesundheit) und der Lebensgestaltung (Teilnahme an sozialen Aktivitäten) auf die Lebensqualität (CASP-12) wird anhand linearer Regressionsmodelle im Quer- und Längsschnitt analysiert.

Die Ergebnisse verdeutlichen eine vermeintlich alterskorrelierte Abnahme der Lebensqualität im höheren Alter, die durch Veränderungen des Erlebens von Autonomie und Selbstbestimmung bedingt ist. Multivariat betrachtet nimmt das biologische Alter keinen signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität. Finanzielle Ressourcen zeigen altersunabhängig Einfluss, während der Effekt der Gesundheit auf die Einschätzung der Lebensqualität mit steigendem Alter zunimmt. Dies kann als Kontinuität sozialer Ungleichheiten im Bezug auf die Lebensqualität gedeutet werden. Personen, die an sozialen Aktivitäten teilnehmen, haben über alle Altersgruppen hinweg eine signifikant höhere Lebensqualität als jene, die das nicht tun. Soziale Benachteiligungen über den Lebenslauf werden durch niedrigere Teilhabechancen an sozialen Aktivitäten im Alter fortgeschrieben, während privilegierte Gruppen stärker von sozialen Aktivitäten im Alter profitieren können.