



SHARE, der Survey on Health, Aging and Retirement in Europe, ist ein Flaggschiffprojekt des MEA. Die SHARE Umfrage wurde unter MEA-Koordination von über 120 europäischen

Wissenschaftlern konzipiert, um die Lebensumstände älterer Bürger in Europa besser zu verstehen. Die EU-finanzierte Befragung kombiniert erstmals Informationen

SHARE, the Survey on Health, Aging and Retirement in Europe, is a flagship project of MEA. SHARE has been designed by over 120 European researchers under MEA coordination to understand the well-being of older citizens across Europe. The EU-sponsored survey provides unique, crossnationally comparable data on the socio-economic situation of older households as well as on their health

über die sozio-ökonomischen Charakteristika sowie den Gesundheitszustand älterer Menschen. Zusätzlich erlaubt sie, die Rolle institutioneller Rahmenbedingungen – Rentensystem, Erwerbsunfähigkeitsrente usw. – im Ländervergleich zu analysieren.

Detailliertere Informationen finden Sie unter www.share-project.org und in dem Buch "Health, Aging and Retirement in Europe – First Results".

conditions. The role of institutions - retirement schemes, disability rules etc.- can now be studied by comparing the participating countries.

More information is available under www.share-project.org and in the book "Health, Aging and Retirement in Europe – First Results".

INSTITUTIONELLE ANREIZE BEI DER ERWERBSUNFÄHIGKEITSRENTE INSTITUTIONAL INCENTIVES AND DISABILITY ENROLMENT

Erwerbsunfähigkeitsrenten machen in fast allen europäischen Ländern einen wesentlichen Teil der Sozialausgaben aus. Die Anzahl der Bezieher von Erwerbsunfähigkeitsrenten variiert in Europa von Land zu Land auffällig. Wir können vier Ländergruppen unterscheiden. Dänemark, Schweden und die Niederlande führen die Liste an: Zwischen 14 und 16 % der 50- bis 65-Jährigen erhalten in diesen Ländern eine Erwerbsunfähigkeitsrente. Auch in der zweiten Ländergruppe, Spanien und der Schweiz, ist der Anteil der Empfänger von Erwerbsunfähigkeitsrenten mit 7 bis 9 % noch überdurchschnittlich hoch. Die Länder der dritten Ländergruppe, Frankreich, Deutschland und Italien, liegen mit einem Anteil von 4 bis 5 % unter dem Durchschnitt. In Österreich und Griechenland beziehen weniger als 3 % der 50- bis 60-Jährigen eine Erwerbsunfähigkeitsrente.

Warum bestehen so starke Unterschiede zwischen den Ländern? Es gibt drei Erklärungsansätze: demographische, gesundheitliche und institutionelle Unterschiede. Dank der SHARE-Daten können diese nun genauer betrachtet werden. Zum ersten Mal kann der Empfang einer Erwerbsunfähigkeitsrente in Beziehung zu den demographischen Merkmalen und dem Gesundheitszustand des Einzelnen gesetzt werden.

Dabei stellt sich heraus, dass weder demographische Unterschiede die stark variierenden Anteile der Rentenbezieher in Europa erklären können noch Unterschiede des Gesundheitszustands.

Wo können die Ursachen also liegen? Durch Aus-

schluss der beiden ersten Faktoren – Demographie und Gesundheit – bleibt die dritte Ursache übrig: institutionelle Unterschiede. Insbesondere aufgrund unterschiedlicher Bewilligungskriterien ist die Erwerbsunfähigkeitsrente in manchen Ländern leichter zu beantragen und wird großzügiger gewährt. Die Erwerbsunfähigkeitsversicherung dient in diesen Ländern möglicherweise als Arbeitsmarktinstrument, das den Weg in die Frühverrentung bahnt – und in vielen Ländern mit hoher Arbeitslosigkeit sind die Bewilligungskriterien besonders lasch.



Abb.1 Die SHARE Länder
Fig. 1 The SHARE Countries

Disability insurance – the insurance against the loss of the ability to work – is a substantial part of social security expenditures in almost all European countries. A striking finding is the great variation across European countries in the number of persons who receive disability insurance benefits. We can distinguish four country groups. Very high enrolment rates exist in Denmark, Sweden and the Netherlands. Between 14 and 16 percent of individuals aged between 50 and 65 receive disability insurance benefits in this first group of countries. Lower, but still above average enrolment rates exist in the second country group consisting of Spain and Switzerland. Here the enrolment ranges from 7 to 9 percent. France, Germany and Italy, the third group, feature below average enrolment rates between 4 and 5 percent. Finally, in Austria and Greece less than 3 percent of individuals aged between 50 and 65 receive disability insurance benefits.

How did these strikingly different enrolment rates emerge? There are three popular explanations: differences

in demographics, in health and/or in institutions. The SHARE data permit a new look at these explanations because they provide a unique opportunity to relate disability insurance enrolment to the individuals' demographic characteristics as well as their health status.

It turns out that neither demographic differences nor differential health across Europe can explain the observed cross-national variation in disability insurance enrolment.

So which reasons could it be? By exclusion of the first two of the three popular explanations, the third one remains, namely institutional differences, specifically enrolment and eligibility rules that make disability insurance benefits easier to receive and more generous in some countries than in others. In many countries, health requirements for disability insurance eligibility are weak. Under such circumstances, disability insurance may work as a labour market exit route to early retirement – and many countries have established very lenient work disability eligibility rules under the conditions of high unemployment.

WIE EUROPÄER IHRE GESUNDHEIT EINSCHÄTZEN HOW EUROPEANS RATE THEIR HEALTH

Der Anteil der Befragten, die ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet oder sehr gut beschreiben, variiert von Land zu Land erheblich. Laut ihrer subjektiven Einschätzung leben die gesündesten Senioren in Dänemark, Schweden und der Schweiz. Fast 50 % der befragten Dänen und über 40 % der befragten Schweden und Schweizer erfreuen sich nach eigenen Angaben sehr guter bis ausgezeichneter Gesundheit. Am wenigsten gesund fühlen sich ältere Menschen aus Frankreich, Deutschland, Italien und Spanien. Der Anteil der Befragten mit sehr gutem bis ausgezeichnetem Gesundheitszustand liegt dort bei 20 % und ist damit nur halb so hoch wie in den „gesunden“ Ländern.

Angesichts dieser großen Länderunterschiede stellt sich die Frage nach der Zuverlässigkeit von Selbsteinschätzungen. Wenn mehr Dänen als Deutsche ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet beschreiben, sind die Dänen dann wirklich gesünder als die Deutschen? Oder nutzen sie das Attribut „ausgezeichnet“ nur häufiger?

Wir nutzen alle in SHARE verfügbaren „objektiven“ Gesundheitsinformationen (z. B. diagnostizierte körperliche Beschwerden), um länderspezifische Eigenheiten hinsichtlich der Selbsteinschätzung auszugleichen. In Abbildung 2 wird die resultierende „korrigierte Einschätzung“ der ursprünglichen Selbsteinschätzung der Befragten gegenübergestellt. Am Beispiel von Dänemark und Deutschland wird deutlich, was unsere Korrektur der Selbsteinschätzung bewirkt. Dänen und Deutsche bewerten ihren Gesundheitszustand extrem unterschiedlich (fast 27,4 Prozentpunkte Unterschied). In der korrigierten Einschätzung ist der Unterschied jedoch sehr gering (1,2 Prozentpunkte).

The proportion of SHARE respondents who report to be in very good or excellent health varies considerably across countries. According to their subjective assessment, the healthiest elders live in Denmark, Sweden, and Switzerland.

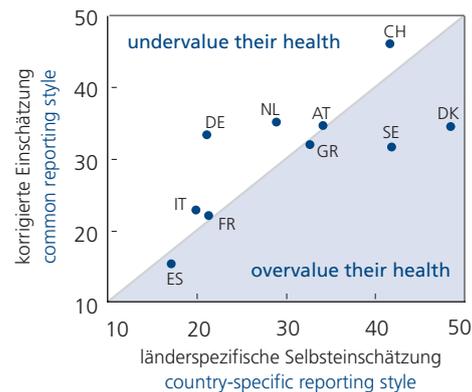


Abb. 2 Vergleich der Gesundheitsangaben vor und nach Anpassung (Anteil mit sehr gutem oder ausgezeichnetem Gesundheitszustand)

Fig. 2 Comparison of self-reported and adjusted health levels in SHARE (proportion in very good or excellent health)

Im Vergleich der SHARE-Länder bewerten die Skandinavier ihre Gesundheit am positivsten. Deutsche, Niederländer und Schweizer sind weniger positiv. In den übrigen Ländern (Mittelmeerraum und Österreich) gibt es keine systematischen Unterschiede zwischen Selbsteinschätzung und korrigierter Einschätzung.

Obwohl sich die Unterschiede des Gesundheitszustands durch die Korrektur verringern, werden sie nicht völlig nivelliert. Spanien befindet sich nach wie vor am unteren Ende der Skala. Unsere Ergebnisse spiegeln also teilweise länderspezifische Unterschiede in der Selbsteinschätzung wieder, weisen jedoch auch auf tatsächliche Unterschiede der physischen Gesundheit in Europa hin.

Nearly 50% of the Danish respondents and more than 40% of the Swedish and Swiss respondents report to be in very good or excellent health. The least healthy are French, German, Italian, and Spanish older adults. The proportion of

respondents in very good or excellent health is at around 20% and thus only about half as large as in the healthy countries.

In the light of these large cross-country differences, it is natural to ask if they can be taken at face value. If we find that Danes are much more likely to report excellent health than Germans, does that mean that Danes are really that much more healthy than Germans? Or are they simply more likely to report excellent health?

We use all available 'objective' health information in SHARE (such as diagnosed physical conditions) to adjust for these country-specific reporting styles. Figure 2 compares the resulting common-style health levels with the unadjusted numbers. To illustrate what our adjustment of self-reported values achieves, consider Denmark and Germany. Although there are huge differences in the distributions of self-reported health between Danes and Germans (nearly

27.4 percentage points), the difference in adjusted health levels are negligible (1.2 percentage points).

Comparing the reporting styles among the SHARE countries, Scandinavians turn out to have a more positive attitude towards their health. Germans, Dutch, and the Swiss are less positive. In the remaining countries (Mediterranean and Austria), differences between reported and adjusted health levels are unsystematic.

In spite of the fact, that we generally see a narrowing of the health differences when we adjust for the differences in reporting styles, the adjustment does not equalise all health differences. For instance, Spain remains at the bottom of the health distribution. Cross-country differences in self-assessed health thus partly reflect variations in reporting thresholds, but the data do also suggest some real between-country differences in physical health.

EHRENAMTLICHES ENGAGEMENT VON SENIOREN IN EUROPA **SOCIAL PRODUCTIVITY OF OLDER CITIZENS**

Parallel zur Debatte um die wachsende ‚Alterslast‘ ist in den vergangenen Jahren auch der Bedeutung produktiver ‚nachberuflicher Tätigkeitsfelder‘ älterer Menschen – und hier insbesondere dem Ehrenamt – zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt worden. Bislang gab es jedoch kaum Mikrodatensätze, die eine international vergleichende Untersuchung aktiven ehrenamtlichen Engagements erlaubt hätten. SHARE schließt diese Lücke.

Es lassen sich drei Ländergruppen unterscheiden. Die Mittelmeerländer weisen ein geringes ehrenamtliches Engagement auf. Während in Italien immerhin noch 7 Prozent der Befragten angeben, im vergangenen Monat ehrenamtlich aktiv gewesen zu sein, trifft dies nur auf 2 bis 3 Prozent der Griechen und Spanier zu. Deutschland, Frankreich, Österreich und die Schweiz bilden die zweite Gruppe, die mit einem Anteil von 9 bis 14 Prozent Freiwilligen in der Bevölkerung 50+ ein mittleres Engagement aufweist. Hohe Aktivitätsquoten haben Schweden, Dänemark und die Niederlande mit bis zu 20 Prozent ehrenamtlich aktiven Älteren. Etwa ein Fünftel der Freiwilligen war fast täglich aktiv, knapp die Hälfte hat sich fast jede Woche enga-

giert und ein gutes Drittel war innerhalb des vergangenen Monats seltener als wöchentlich ehrenamtlich tätig. Die am häufigsten genannten Motive dafür, ehrenamtlich tätig zu sein, sind der Wunsch, einen sinnvollen Beitrag zu leisten (70 Prozent) und die mit der Ausübung des Ehrenamtes verbundene Freude (61 Prozent).

Die Ausübung von Ehrenämtern nimmt mit dem Alter ab. Bemerkenswert ist jedoch, dass sich in den skandinavischen Ländern immer noch mehr als 10 Prozent der Bevölkerung 75+ in Ehrenämtern engagieren.

Die zukünftige Entwicklung des ehrenamtlichen Engagements von Senioren hängt nicht nur davon ab, inwieweit es der europäischen Bevölkerung gelingen wird, gesund zu altern, sondern auch davon, dass in der Diskussion um den gesellschaftlichen Nutzen des Ehrenamtes keinesfalls die positiven Aspekte ehrenamtlicher Tätigkeiten für die freiwillig Aktiven selbst aus dem Blick geraten: ältere Menschen sollen nicht zum Vorteil Dritter ‚ausgebeutet‘ werden, sondern sie selbst sollen durch ihre aktive Teilnahme an gesellschaftlichen Aufgaben eine Verbesserung der eigenen Lebensqualität erfahren.

nearly half of the volunteers have been engaged almost every week, and slightly more than one third has worked less often. The two most frequently mentioned motivations to volunteer are the desire to contribute something useful (70 percent), followed by the joy derived from volunteering (61 percent).

Volunteering clearly decreases with age. Still, in the Nordic countries more than 10 percent of the population 75+ continue to be engaged in voluntary work.

With regard to future developments and policies, it is crucial to keep in mind the beneficial aspect of volunteering for those who volunteer: older people shall not be 'exploited' for the benefit of others, but will hopefully experience a higher quality of life themselves through their active participation in society.

SHARE countries may be divided into three groups. First, the Mediterranean 'low participation' countries, where 7 percent of the Italian and only 2 to 3 percent of the Greek and Spanish respondents engaged in volunteer work. Secondly, with 9 to 14 percent volunteers in the population 50+, Germany, France, Switzerland, and Austria exhibit medium activity levels. 'High participation' characterizes Sweden, Denmark and the Netherlands with up to 20 percent volunteers. Among those who report to have volunteered in the last month, about one fifth has done so almost daily,

WIE NUTZEN ÄLTERE MENSCHEN IN EUROPA IHRE ZEIT? HOW DO OLDER EUROPEANS USE THEIR TIME?

Zeit ist ein zentraler Aspekt der meisten Wirtschaftsprägnomene. Zum Verständnis des wirtschaftlichen Verhaltens der Gesellschaft und des Einzelnen sind genaue Daten zur Zeitverwendung unerlässlich. Aufgrund steigender Lebenserwartung und sinkender Geburtenraten werden Erkenntnisse über die Zeitverwendung älterer Menschen immer wichtiger. SHARE bietet zum ersten Mal die Möglichkeit, die Zeitverwendung älterer Menschen in Beziehung zu deren demographischen Merkmalen und Gesundheitszustand zu setzen.

Die Ergebnisse der SHARE-Studie sind überraschend. Europäer sind auch nach dem 50. Lebensjahr weiterhin sehr aktiv: Über 30 Prozent sind noch erwerbstätig, weitere 23 Prozent verbringen Zeit mit unbezahlter Arbeit und Betreuung anderer. Ihr Beitrag zur wirtschaftlichen Aktivität ist in keiner Weise beschränkt auf ihre Erwerbstätigkeit, da unbezahlte, aber wirtschaftlich produktive Tätigkeiten wie Hilfeleistungen und Betreuung der Enkel ebenfalls wirtschaftlichen Mehrwert schaffen.

Die durch die Verrentung gewonnene Freizeit (etwa fünf Stunden pro Tag) scheint nur teilweise für Hilfeleistungen und ähnliches aufgewendet zu werden, was nahe legt, dass ein wichtiger Teil Freizeitaktivitäten gewidmet ist.

Time is at the heart of most economic phenomena and its precise account is crucial to fully understand individual and societal economic behaviour. Higher life expectancies and lower fertility rates have increased the necessity to know how the elderly allocate their time. SHARE provides a unique opportunity to relate the allocation of time by elderly individuals to their demographic and health characteristics.

And SHARE time use findings are striking. For instance, Europeans aged 50 and older are very active: Did you know that about 30 percent of them still work in the market? And another 23 percent spend time on non-paid work and caring for other people. Their contribution to economic activity is by no means limited to market work, since unpaid but economically productive activities such as providing help and caring for grandchildren create economic value.

The amount of spare time brought by retirement (about 5 daily hours) seems to be only partially spent on non-market activities, suggesting that an important part is

Bei weiterhin Erwerbstätigen steht der Umfang der geleisteten Hilfe nicht in Beziehung zu ihrem Alter, während er bei nicht erwerbstätigen Personen mit zunehmendem Alter abnimmt. Erstaunlicherweise nimmt die Zeit, die der Sorge für die Enkel gewidmet ist, bei nicht erwerbstätigen Personen ab 65 Jahren ab, während sie bei Erwerbstätigen zunimmt! Diese Muster legen nahe, dass Entwicklungen, die dem Alter zugeschrieben werden, möglicherweise auf andere Variablen wie Gesundheit zurückzuführen sind.

Personen in schlechterem körperlichen Gesundheitszustand gehen gewöhnlich in beträchtlich geringerem Umfang Tätigkeiten mit Erwerbscharakter nach und verbringen weniger Zeit damit, anderen zu helfen und sich um ihre Enkel zu kümmern. Zwischen geistiger Gesundheit und der Zeit, die für Tätigkeiten ohne Erwerbscharakter aufgewendet wird, besteht hingegen keine Korrelation. Ältere Menschen verwenden ihre Zeit also sehr unterschiedliche Weise, abhängig von Alter, Gesundheit und weiteren Faktoren. Überraschenderweise ist der wirtschaftliche Mehrwert, der durch ältere Menschen im Rahmen von Erwerbstätigkeit, unbezahlter Arbeit und helfenden Tätigkeiten geschaffen wird, beträchtlich – 53 % der über 50-Jährigen sind in diesen Bereichen noch aktiv.

devoted to leisure. For those individuals who continue working, the amount of help provided is unrelated to their age, while it decreases with age amongst those non-working. Astonishingly, time devoted to care for grandchildren decreases after age 65 for those non-working, but increases amongst those working! These patterns suggest that the effects attributed to age can be caused by other variables like health status.

Individuals in a worse physical health condition tend to work considerably less in the market and devote less time to help others and to look after grandchildren. On contrary, mental health is not related to time devoted to non-market activities. Hence, the time use of the elderly is heterogeneous and depends on their age, health status and other factors in complex ways. Surprisingly, the economic value produced by the elderly through market work, non-paid work and by helping others is sizeable – 53 percent of the 50+ are still active in these activities.

IMPRESSUM

»newsletter« ist die Informationsschrift des me **HERAUSGEBER:** Mannheimer Forschungsinstitut Ökonomie und Demographischer Wandel, Gebäude L13,17, D-68131 Mannheim, Tel. 06 21 - 1 81-18-62, www.me.uni-mannheim.de **VERANTWORTLICH:** Prof. Axel Börsch-Supan Ph.D. **LEITUNG UND KOORDINATION:** Melanie Lührmann **TEXTE:** Axel Börsch-Supan, Enrica Croda, Jorge Gonzalez-Chapela, Karsten Hank, Hendrik Jürges, Jens Pulkowski **ÜBERSETZUNG:** David Allison **GESTALTUNG:** Christoph Noe und united ideas, Stuttgart **DRUCK:** BB-Druck, Ludwigshafen

Nachdruck ist nur mit Genehmigung des Herausgebers gestattet.