
Alte Menschen II

Aktualisierte Expertise zur Lebenslage von Menschen
im Alter von 65 bis unter 80 Jahren

Katrin Falk, Josefine Heusinger,
Kerstin Kammerer und Birgit Wolter

BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Zu den Informations- und Kommunikationsaufgaben gehört die Aufklärung in Themenfeldern mit besonderer gesundheitlicher Priorität. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern werden zum Beispiel Kampagnen zur Aids-Prävention, Organ- und Gewebespende, Suchtprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung durchgeführt. Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen, die Entwicklung von Leitlinien und die Durchführung von Marktübersichten zu Medien und Maßnahmen in ausgewählten Bereichen zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA.

Im Rahmen der Qualitätssicherungsaufgaben führt die BZgA Forschungsprojekte, Expertisen, Studien und Tagungen zu aktuellen Themen der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitsförderung durch. Die Ergebnisse und Dokumentationen finden größtenteils Eingang in die wissenschaftlichen Publikationsreihen der BZgA, um sie dem interessierten Publikum aus den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsförderung zugänglich zu machen. Die Fachheftreihe »Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung« versteht sich, ebenso wie die themenspezifische Reihe »Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung«, als ein Forum für die wissenschaftliche Diskussion. Vornehmliches Ziel dieser auch in Englisch erscheinenden Fachheftreihe ist es, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis zu fördern und Grundlagen für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung zu schaffen.

Alte Menschen II

Aktualisierte Expertise zur Lebenslage von Menschen
im Alter von 65 bis unter 80 Jahren

Katrin Falk, Josefine Heusinger,
Kerstin Kammerer und Birgit Wolter

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung – Band 51

Alte Menschen II

Aktualisierte Expertise zur Lebenslage von Menschen
im Alter von 65 bis unter 80 Jahren

Herausgeberin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Maarweg 149–161, 50825 Köln

Tel.: 0221/89 92-0, Fax: 0221/89 92-300

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich
des Bundesministeriums für Gesundheit.

Alle Rechte vorbehalten.

Autorinnen und Autoren

Katrin Falk, Josefine Heusinger, Kerstin Kammerer und Birgit Wolter

Redaktion: aHa-Texte (Köln)

Satz: Büro Freiheit (Köln)

Druck: Rasch Druckerei und Verlag GmbH & Co. KG, Lindenstraße 47, 49565 Bramsche

Auflage: 2.2.11.19

ISBN 978-3-946692-63-8

Band 51 der Fachheftreihe ist erhältlich unter der Bestelladresse

BZgA, 50819 Köln und über das Internet unter der Adresse www.bzga.de.

Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf
durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 60640051

» Vorwort

Angesichts des demographischen Wandels mit einer deutlichen Zunahme älterer und alter Menschen in der Bevölkerung gewinnt das Thema »Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen« zunehmend an Bedeutung. Gesundheit im Alter ist von hoher individueller wie auch gesellschaftspolitischer Relevanz.

In Deutschland lebten Ende 2017 16,9 Millionen Menschen im Alter über 65 Jahren, das entspricht circa 21 Prozent der Bevölkerung. Die Lebenserwartung beträgt bei heute 65-jährigen Männern fast 18 weitere Lebensjahre, bei gleichaltrigen Frauen sind es 21 weitere Lebensjahre. Mitte 2050 werden etwa 23 Millionen Menschen, die älter sind als 65 Jahre, in Deutschland leben. Ziel ist es, diesen Menschen zu ermöglichen, die gewonnenen Lebensjahre in möglichst hoher Lebensqualität zu erleben. Hierzu ist es wichtig, dass ältere Menschen ihr Leben so lange wie möglich aktiv gestalten können und über ein hohes Maß an Selbstbestimmung verfügen. Nur so können sie ihre Möglichkeiten und Ressourcen ausschöpfen.

Die Gruppe der älteren Menschen ist dabei äußerst heterogen. Die individuellen Voraussetzungen und Biografien unterscheiden sich, ebenso die damit einhergehenden Chancen und Risiken für die Gesundheit. Der Vielfalt der Lebensumstände und des individuellen Älterwerdens genügend Aufmerksamkeit zu schenken ist deshalb eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung wirksamer Strategien der Gesundheitsförderung. Wichtig, um Gesundheit, Selbständigkeit und Teilhabe bis ins hohe Lebensalter zu erhalten bzw. zu verbessern, ist ein frühzeitiger und lebensbegleitender Ansatz der Gesundheitsförderung. Die Strategien sollten die ganz individuellen Lebenswelten, Lebensphasen und Vulnerabilitäten sowie auch sämtliche Potentiale, Ressourcen, Möglichkeiten und Stärken der Menschen berücksichtigen.

Aufbauend auf der Expertise »Die jungen Alten«, die die Zielgruppe von Frauen und Männern zwischen 55 und 65 Jahren fokussierte (BZgA 2019), hatte das Institut für Gerontologische Forschung e.V. (IGF) im Auftrag der BZgA mit einer gezielten Auswertung nationaler öffentlich zugänglicher Daten und aktueller Informationen einen Überblick über die vielfältigen Lebenslagen von Menschen im Alter zwischen 65 und 80 Jahren vorgelegt. Die aktuelle Expertise stellt nun eine umfassende Aktualisierung und Erweiterung dieses Fachheftes dar.

Für diese Aktualisierung hat das IGF erneut eine Vielzahl öffentlich zugänglicher Daten ausgewertet und Befunde aus aktuellen Studien zur Lebenssituation von Menschen im Alter zwischen 65 und 80 Jahren in Deutschland zusammengetragen. Die Expertise gibt Einblick in die sozioökonomische Situation, die sozialen Beziehungen, die gesundheitliche Lage sowie das Gesundheitsverhalten der Älteren. Weitere Themenschwerpunkte sind Pflege und Pflegebedürftigkeit, Freizeit und gesellschaftliche Teilhabe sowie das Wohnen im Alter.

Mit der vorliegenden Fachpublikation stellt die BZgA den Akteuren von Prävention- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen eine differenzierte altersgruppenspezifische Planungsgrundlage zur Verfügung.

Dr. med. Heidrun Thaiss

Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Inhalt

»	Vorwort	1
---	---------	---

01	» Einleitung	6
----	--------------	---

02	» Sozioökonomische Situation im Überblick	12
----	---	----

02.1	Alter und Geschlecht	12
02.2	Migrationshintergrund	13
02.3	Bildung	16
02.4	Arbeit und Ruhestand	19
02.5	Renten und Rentenhöhe	28
02.6	Vermögen, Einkommen, Armut	34
02.7	Subjektive Wahrnehmung der materiellen Lebenssituation	47
02.8	Fazit	50

03	» Soziale Beziehungen	52
03.1	Lebensformen und Haushalte	52
03.2	Familien- und Generationenbeziehungen	57
03.3	Soziale Netzwerke und außerfamiliäre Beziehungen	61
03.4	Einsamkeit und soziale Exklusion	62
03.5	Fazit	64
04	» Gesundheit	66
04.1	Gesundheitliche Lage	66
04.2	Körperliche Erkrankungen	70
04.3	Psychische Erkrankungen	88
04.4	Unfälle	93
04.5	Lebenserwartung und Mortalität	95
04.6	Gesundheitsverhalten und Risiken	97
04.7	Suchtmittelkonsum	102
04.8	Pharmakotherapie	105
04.9	Prävention	107
04.10	Rehabilitation	117
04.11	Gesundheitskosten	118
04.12	Versorgung am Lebensende	120
04.13	Fazit	122
05	» Pflege und Pflegebedürftigkeit	124
05.1	Pflegebedürftigkeit bei Menschen zwischen 65 und 80 Jahren	125
05.2	Versorgung bei Pflegebedürftigkeit	127
05.3	Pflegende	134
05.4	Belastungen und Ressourcen in der informellen Pflege	135
05.5	Pflegekosten	139
05.6	Fazit	140

06	» Freizeit und gesellschaftliche Teilhabe	142
06.1	Lebenszufriedenheit, Werte und Religion	142
06.2	(Pflicht-)freie Zeit: Aktivitäten, Kultur und Vereinsleben	146
06.3	Zivilgesellschaftliches Engagement, informelle Unterstützung und Weiterbildung	150
06.4	Politische Partizipation	156
06.5	Mediennutzung	157
06.6	Mobilität	163
06.7	Fazit	172
07	» Wohnen	174
07.1	Regionale Verteilung der Altersgruppe: Wo wohnen die älteren Menschen?	174
07.2	Eigentumsverhältnisse, Versorgung mit Wohnraum und Wohnkosten	179
07.3	Wohnformen im Alter und altersgerechtes Wohnen	184
07.4	Wohnumfeld	189
07.5	Wanderungsbewegungen und Umzugsbereitschaft	195
07.6	Fazit	199
08	» Zusammenfassung	202
09	» Anhang	206
09.1	Tabellen	206
09.2	Abbildungen	227
09.3	Abkürzungsverzeichnis	233
09.4	Glossar Datenquellen	234
09.5	Literaturverzeichnis	239
09.6	Tabellenverzeichnis	260
09.7	Abbildungsverzeichnis	273

01

» Einleitung

Um den 65. Geburtstag herum beginnt für viele Menschen ein neuer Lebensabschnitt. Das Ende eines langen, berufstätigen Lebens stellt einen entscheidenden Einschnitt dar und wird begleitet von spürbaren Veränderungen im Alltag mit neuen Herausforderungen und Freiräumen. Mit ungefähr 80 Jahren dagegen stehen ältere Menschen an der Schwelle zur Hochaltrigkeit. Der Erhalt der Gesundheit und des körperlichen Wohlbefindens nehmen mehr Zeit in Anspruch; viele Menschen haben bereits den Verlust nahestehender Menschen erleben müssen. Zwischen diesen Polen – dem des Aufbruchs und dem des Verlusts, zwischen Möglichkeiten, Neues zu beginnen, und der Notwendigkeit, von Vertrautem Abschied zu nehmen – spannt sich die in dieser Expertise betrachtete Altersphase. Insgesamt 12,6 Millionen Frauen und Männer waren in

Deutschland Ende 2016 im Alter von 65 bis unter 80 Jahren. Die Altersgruppe ist deutlich weiblich geprägt; mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Frauen im Verhältnis zu dem der Männer weiter an: Während Frauen 2016 etwa 52 % der über 65-Jährigen stellten, lag ihr Anteil an den Gruppe der 79- bis unter 80-Jährigen bereits bei 57 % (vgl. Tabelle 111 auf Seite 208 sowie Kapitel 02.1 auf Seite 12). Trotz zahlreicher Gemeinsamkeiten ist diese Gruppe durch hohe Heterogenität und unterschiedliche Lebenslagen gekennzeichnet. Während viele ältere Menschen bei guter Gesundheit und in materiellem Wohlstand ein aktives, weitgehend pflichtfreies Leben genießen, müssen gleichzeitig zahlreiche Ältere ihren Alltag mit begrenzten ökonomischen Ressourcen, gesundheitlichen Einschränkungen und Sorgen um ihre Zukunft bewältigen.

Lebensalter unterschiedlicher Geburtsjahrgänge

Jahrgang	1955	1961	1968	1989	2008	2016
1937	18	24	31	52	71	79
1938	17	23	30	51	70	78
1939	16	22	29	50	69	77
1940	15	21	28	49	68	76
1941	14	20	27	48	67	75
1942	13	19	26	47	66	74
1943	12	18	25	46	65	73
1944	11	17	24	45	64	72
1945	10	16	23	44	63	71
1946	9	15	22	43	62	70
1947	8	14	21	42	61	69
1948	7	13	20	41	60	68
1949	6	12	19	40	59	67
1950	5	11	18	39	58	66
1951	4	10	17	38	57	65

» Tab. 1: Lebensalter unterschiedlicher Geburtsjahrgänge 1955, 1961 (Mauerbau), 1968 (Studentenbewegung), 1989 (Mauerfall), 2008 (Wirtschaftskrise) und im Bezugsjahr 2016; eigene Berechnung und Darstellung.

Die Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen umfasst, je nach Datengrundlage¹, die Geburtsjahrgänge 1937 bis 1951 (bezogen auf das Jahr 2016) (vgl. Tabelle 1). Die stärksten Jahrgänge bilden

zum Stichtag 31.12.2016 die 1950 und 1951 in die Nachkriegszeit hinein Geborenen. Die in den Jahren 1938 bis 1941, d. h. die um den Beginn des zweiten Weltkrieges herum Geborenen, sind in der hier

¹ Die Datenlage erfordert es, Quellen zu verschiedenen Jahrgängen zu verwenden. Um ein umfassendes Bild der 65- bis unter 80-Jährigen zu vermitteln, werden Datenquellen aus den Jahren 2011 bis 2016 ausgewertet. Die Sichtung der wesentlichen Quellen zeigt, dass die Auswahl der Altersstufen zwischen den einzelnen Quellen, zum Teil aber auch innerhalb der Quellen, variiert. Häufig stellen Auswertungen pauschal die Altersgruppe der Personen im Alter von 65 Jahren und mehr dar, manche Erhebungen betrachten hingegen 55- bis 69-Jährige und 70- bis 84-Jährige. Auch wenn diese Daten sich nicht exakt auf unsere Altersgruppe beziehen, werden sie in der Expertise vorgestellt, falls keine anderen Daten zugänglich sind. Im Text wird die jeweils untersuchte Altersgruppe benannt. Das Ziel ist, ein möglichst umfassendes Bild zu vermitteln.

betrachteten Altersgruppe ebenfalls stark vertreten. Die Generation der »Kriegskinder« durchlebte ihre Kindheit und Jugend im Nationalsozialismus, im Krieg und in der Nachkriegszeit. Sie wuchs in Familien mit meist traditionellen Geschlechterverhältnissen auf, wurde erzogen von nationalsozialistisch geschulten Pädagogen, machte ihre ersten Lebenserfahrungen in einer Gesellschaft, in der Unterdrückung und Verfolgung herrschten, und erlebte – zum Teil in frühester Kindheit – die Gewalt und Brutalität des Krieges und damit auch oft ein rasches Ende ihrer Kindheit.

Die Nachkriegszeit war eine Phase des Umbruchs und des Neubeginns, geprägt einerseits von Hunger, Not, Vertreibung und zerrissenen Familien und andererseits von Freiräumen, Aufbruch und Unabhängigkeit. In dieser Zeit verbrachte die hier betrachtete Kohorte ihre Kindheit und Jugend. Sie erlebte die Teilung des Landes und die Gründung der Bundesrepublik Deutschland (BRD) und der Deutschen Demokratischen Republik (DDR). In der BRD prägten Fortschrittsgläubigkeit und ein rascher wirtschaftlicher Aufschwung das gesellschaftliche Klima, aber auch ein weitreichendes Schweigen über die unmittelbare Vergangenheit des Nationalsozialismus, die Tabuisierung des Erlebten sowie den Verbleib oder Wiederaufstieg mancher Funktionsträger des »Dritten Reiches« in wichtigen gesellschaftlichen Positionen. Die Familie spielte eine wichtige Rolle, man suchte Sicherheit in klaren Rollenzuschreibungen der Geschlechter; gleichzeitig gewann der Individualismus an Raum.

Die gesellschaftlichen Anfänge der DDR waren durch die politischen und ökonomischen Entwicklungen, insbesondere durch Bildungsanstrengungen, aber auch durch Krisen geprägt. Letztere mündeten 1953 in den Aufstand des 17. Juni. Auf die mit dem Mauerbau 1961 einhergehende Abschottung folgte kurzzeitig ein kulturpolitisches »Tauwetter«,

das jedoch bereits Mitte der 1960er Jahre in eine kulturpolitische »Eiszeit« mündete.

Die Lebensbedingungen für die Menschen in BRD und DDR unterschieden sich zusehends. Die Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen erlebte in dieser Zeit ihre Jugend und suchte ihren Platz in der jeweiligen Gesellschaft: 1961, dem Jahr des Mauerbaus, war unsere Kohorte zwischen 11 und 25 Jahre alt. In BRD und DDR wurden ab den 1960er Jahren zudem junge »Gast«- (in der BRD) bzw. »Vertrags«- (in der DDR) Arbeiterinnen und -Arbeiter angeworben. Obgleich ihre volle gesellschaftliche Teilhabe damals politisch nicht gewünscht war und ihnen lange verwehrt blieb, ließ sich ein Teil von ihnen dauerhaft in Deutschland nieder. Viele von ihnen gehören der hier betrachteten Altersgruppe an.

Die 1970er und 1980er Jahre bildeten für einen großen Teil der Kohorte die Phase beruflicher Entwicklung, Familiengründung und Sicherung der materiellen Existenz. Allerdings wurde mit der Wirtschaftskrise Arbeitslosigkeit zu einer wachsenden Bedrohung für viele, vor allem in der BRD. Die Hausfrauenehe bildete hier das verbreitete Familienmodell. Sie führte nicht nur zu einer unmittelbaren ökonomischen Abhängigkeit der Ehefrau vom Ehemann, sondern barg für die Frauen auch ein hohes Risiko der Altersarmut. Die patriarchale Gesellschaftsstruktur manifestierte sich auch in dem formal erst 1977 abgeschafften Recht des Ehemannes, bestimmte, von der Ehefrau eingegangene Rechtsverhältnisse kündigen zu dürfen. In der DDR wurde die rechtliche Gleichberechtigung zügiger vollzogen. Ab den 1970er Jahren waren auch die (Ehe-) Frauen zunehmend erwerbstätig – eine Tatsache, die sich in den heutigen Renten niederschlägt (vgl. Kapitel 02.5 auf Seite 28). Zugleich übernahmen sie aber weiterhin den größten Teil der (unbezahlten) Familienarbeit, woraus entsprechende Mehrfachbelastungen resultierten.

1989 waren die 65- bis unter 80-Jährigen zwischen 39 und 53 Jahre alt, ein großer Teil der Kohorte stand mitten in ihrer beruflichen Biografie. Die mit der Wiedervereinigung einhergehenden gesellschaftlichen Umwälzungen trafen die Angehörigen unserer Altersgruppe in Ostdeutschland in starkem Maße: Ein beträchtlicher Teil der älteren unter ihnen musste mit dem Verlust des Arbeitsplatzes und einem Wechsel in berufliche und ökonomische Unsicherheit sowie ggf. einem gesellschaftlichen Statusverlust umgehen – und dies in einem anderen politischen System. Gleichzeitig brachten viele ihre Lebenserfahrung beim Aufbau neuer, zivilgesellschaftlicher Strukturen aktiv ein. Die jüngeren Angehörigen der betrachteten Altersgruppe sahen sich mitten im Berufsleben mit drohender Arbeitslosigkeit konfrontiert. Ein Teil von ihnen – Frauen wie Männer – benötigte die vorhandenen Kräfte, um die eigene wirtschaftliche Existenz und ggf. die der Familie zu sichern und sich beruflich und in den veränderten gesellschaftlichen Verhältnissen neu zu orientieren. Während sich dies für manche existenzbedrohlich darstellte, barg es für andere neue Möglichkeiten.

Heute befindet sich unsere Altersgruppe im Ruhestand oder an der Schwelle zu diesem. Sie kann von den Ressourcen und Erfahrungen profitieren, die sie in ihrem Leben gesammelt hat. Die betrachtete Kohorte alterte bereits in einer Zeit, in der medial Bilder des »aktiven Alterns« dominieren und implizit gefordert wird, diesen Lebensabschnitt individuell mit Sinn zu füllen. Im Vergleich zu vergangenen Zeiten erleben die heute 65 bis unter 80-Jährigen eine relativ lange, gesunde Lebensphase. Viele genießen es, den Alltag selbstbestimmt

gestalten zu können. Vor allem Frauen sehen sich aber auch häufig mit sozialen Pflichten in der Pflege von Angehörigen oder der Betreuung von Enkelkindern konfrontiert. Eintretende Beeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit müssen unter den Bedingungen einer nicht als bedarfsdeckend konzipierten Pflegeversicherung,² einem überwiegend marktlich organisierten Pflegesektor sowie dem zunehmend spürbar werdenden Fachkräftemangel bewältigt werden. Gleichzeitig wächst der Anteil der Älteren, der davon bedroht ist, diese Lebensphase in relativer Armut zu verbringen.

Im Folgenden werden die wesentlichen Dimensionen des Alltags der 65- bis unter 80-Jährigen betrachtet. Zunächst wird die Zusammensetzung der Altersgruppe unter verschiedenen Aspekten beschrieben und ein Überblick über die sozioökonomische Situation geliefert. Im anschließenden Kapitel werden die sozialen Beziehungen innerhalb und außerhalb der Familien dargestellt. Das vierte Kapitel befasst sich mit der gesundheitlichen Lage der älteren Menschen. Die Pflege gewinnt in der betrachteten Altersgruppe zunehmend an Bedeutung, sei es als Gepflegte oder Pflegenden. Daher wird diesem Thema ein eigenes Kapitel gewidmet. In dem anschließenden Kapitel »Freizeit« werden die »pflichtfreien« Aktivitäten der älteren Menschen dargestellt, ihr zivilgesellschaftliches Engagement, ihr Medienverhalten und – als wichtige Grundlage eines aktiven Alterns – ihre Mobilität. Das siebte Kapitel beschreibt abschließend die regionale Verteilung der Altersgruppe in Deutschland und ihre Wohnverhältnisse.

Die Expertise hat zum Ziel, mithilfe von aktuellen Daten die Vielfältigkeit des Lebensabschnittes zwi-

2 Die Pflegeversicherung deckt nicht alle Pflegekosten ab: »[Sie] ist keine Vollversicherung« (GKV-Spitzenverband 2017). Vielmehr stellt sie »eine soziale Grundsicherung in Form von unterstützenden Hilfeleistungen dar, die die Eigenleistungen der Versicherten und anderer Träger nicht entbehrlich machen« (ebd.).

schen 65 und 80 Jahren in Deutschland abzubilden sowie Potenziale und Ressourcen der älteren Menschen für Gesundheit und einen selbstbestimmten Alltag aufzuzeigen. Zugleich liegt ein spezielles Augenmerk auf vulnerablen und riskanten Lebens-

lagen, die einen besonderen Unterstützungsbedarf mit sich bringen und daher von hohem Interesse für künftige Handlungsstrategien in der Prävention und Gesundheitsförderung sind.

02

» Sozioökonomische Situation im Überblick

Dieses Kapitel stellt schlaglichtartig die Lebenslagen der Älteren im Alter von 65 bis unter 80 Jahren vor. Nach einem ersten Aufriss, der über die Differenzierung der Altersgruppe nach Altersjahren, Geschlecht, Migrationshintergrund und Bildungsabschlüssen Auskunft gibt, folgt ein Überblick über die Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Verteilung von Armutsrisiken.

» 02.1 Alter und Geschlecht

Laut der Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Bundesamtes stellten die 65- bis unter

80-Jährigen am 31.12.2016 einen Anteil von 15,2 % an der Gesamtbevölkerung von 82,5 Millionen dar, davon 40,7 Millionen Männer und 41,8 Millionen Frauen (Statistisches Bundesamt 2018a; vgl. auch Tabelle 2).³

Die Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen umfasste Ende 2016 laut der Fortschreibung des Bevölkerungsstandes 12.567.795 Personen: 5.821.002 Männer und 6.746.793 Frauen, d. h. fast eine Million mehr Frauen als Männer. Bedingt durch die höhere Lebenserwartung der Frauen ist der Unterschied zwischen der Anzahl der Männer und jener der Frauen in den älteren Jahrgängen mit annähernd einer halben Million Personen besonders groß (Statistisches Bundesamt 2018a; eigene Berechnung).

³ Vgl. für Erläuterungen zu den Unterschieden zwischen den Ergebnissen der Bevölkerungsfortschreibung und den Schätzungen des Mikrozensus Kapitel 09.4 Glossar Datenquellen (Seite 234).

Bevölkerung nach Altersgruppen

Alter	Gesamt	Männer	Frauen
65 bis unter 70 Jahre	4.563.301	2.186.608	2.376.693
70 bis unter 75 Jahre	3.654.937	1.703.714	1.951.223
75 bis unter 80 Jahre	4.349.557	1.930.680	2.418.877
Gesamt	12.567.795	5.821.002	6.746.793

» Tab. 2: Bevölkerung im Alter von 65 bis unter 80 Jahren nach Altersgruppen, Stand 31.12.2016. Quelle: © Statistisches Bundesamt [Destatis] 2018a, Datenlizenz by-2.0 (<http://www.govdata.de/dl-de/by-2-0>); Datenbasis: Bevölkerungsfortschreibung 2016 auf Basis des Zensus 2011; eigene Berechnungen und Darstellung.

Tabelle 111 im Anhang (Seite 207) bildet auf Basis der Bevölkerungsfortschreibung die Altersverteilung aufgeschlüsselt nach Jahrgängen und Geschlecht ab (Stand 31.12.2016). Sie zeigt, dass die 65- und 66-Jährigen (Geburtsjahrgang 1950 und 1951) die stärksten Jahrgänge bilden, gefolgt von den 76-Jährigen (Geburtsjahrgang 1940) und den 67-Jährigen (Geburtsjahrgang 1949).

In vielen Studien werden Daten nur pauschal für die Altersgruppe ab 65 Jahren insgesamt – ohne weitere Differenzierung der höheren Altersgruppen – erhoben bzw. vorgestellt. Die Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und mehr umfasste laut Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus 2011 am 31.12.2016 rund 17,5 Millionen Personen. Demnach stellten die in der vorliegenden Expertise betrachteten 12,6 Millionen 65 bis unter 80-Jährigen 72 % und damit annähernd drei Viertel der Altersgruppe »65+« (Statistisches Bundesamt 2018a; eigene Berechnung).

» 02.2 Migrationshintergrund

Wie viele ältere Menschen haben einen Migrationshintergrund? Nach der gängigen Definition des Statistischen Bundesamtes hat eine Person einen Migrationshintergrund, »wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist. Zu den Personen mit Migrationshintergrund gehören [...] alle Ausländer, (Spät-)Aussiedler und Eingebürgerte. Ebenso dazu gehören Personen, die zwar mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren sind, bei denen aber mindestens ein Elternteil Ausländer, (Spät-)Aussiedler oder eingebürgert ist.« (Statistisches Bundesamt 2017a, S. 21)⁴

Der Mikrozensus 2016 zählte in der Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen rund 1,5 Millionen Personen mit Migrationshintergrund, was einem Anteil von 11,7 % an der Altersgruppe entspricht

4 Diese Definition liegt allen folgenden Ausführungen zur Situation von Menschen mit Migrationshintergrund – bzw. hier synonym als Migrantinnen und Migranten bezeichnet – zugrunde, soweit nichts anderes angegeben ist. Wo Daten nicht in diesem Sinne aufschlüsselbar sind, muss im Folgenden vereinzelt auf die Kategorie »Personen nicht-deutscher Staatsangehörigkeit« bzw. »Ausländerinnen und Ausländer« zurückgegriffen werden. Beide meinen Personen, die in Deutschland leben, aber nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen.

Bevölkerung mit Migrationshintergrund

Alter	Menschen mit Migrationshintergrund (in Tausend)	Bevölkerung insgesamt (in Tausend)	Anteil der Menschen mit Migrationshinter- grund (in Prozent)
65 bis unter 70 Jahre	661	4.510	14,7
70 bis unter 75 Jahre	425	3.830	11,1
75 bis unter 80 Jahre	401	4.316	9,3
65 bis unter 80 Jahre	1.487	12.656	11,7

» Tab. 3: Bevölkerung im Alter von 65 bis unter 80 Jahren nach Altersgruppen, mit Migrationshintergrund und insgesamt (in Tausend) sowie Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung der jeweiligen Altersgruppe (in Prozent), Stand 31.12.2016. Quelle: © Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, S. 65; Datenbasis: Mikrozensus 2016; eigene Berechnungen und Darstellung.

(Statistisches Bundesamt 2017a, S. 65; eigene Berechnungen; vgl. auch Tabelle 3). Die allermeisten von ihnen haben die Migration selbst erlebt, d. h. sie wurden außerhalb von Deutschland geboren. Rund 966.000 Personen, d. h. etwa zwei Drittel, lebten im Jahr 2016 schon seit 30 Jahren und mehr in Deutschland. Nur insgesamt 32.000 oder 2,2 % der 65- bis unter 80-Jährigen mit eigener Migrationserfahrung lebte im Jahr 2016 erst seit maximal zehn Jahren in Deutschland (ebd., S. 73).

Woher migrierten die Älteren (oder ggf. deren Eltern) bzw. welche Staatsangehörigkeit haben oder hatten sie vor einer Einbürgerung in Deutschland? Über eine halbe Million, nämlich etwa 551.000 oder 37,1 % der 65- bis unter 80-Jährigen mit Migrationshintergrund, stammte aus einem der sogenannten »Gastarbeiteranwerbestaaten« (Statistisches Bundesamt 2017a, S. 69; eigene Berechnungen).⁵ Rund 466.000 oder 31,3 % waren als sogenannte

(Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion und Polen nach Deutschland gekommen (ebd., S. 65; eigene Berechnung).

Spezifisch für die Migrationserfahrung der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler ist, dass sie meist generationenübergreifend im Familienverband nach Deutschland migriert sind. Insofern ist der Anteil älterer Menschen in dieser Gruppe vergleichsweise hoch – ein erheblicher Anteil war bei Zuzug bereits im rentennahen Alter, d. h. 55 Jahre alt und älter; zudem migrierten auch hochaltrige Personen (Mika 2007). Es ist in dieser Gruppe ein deutlicher Frauenüberhang zu verzeichnen, den Mika (Forschungsverbund 2009, S. 72) mit dem besonders niedrigen Sterbealter der Männer gegenüber dem der Frauen in den Herkunftsländern erklärt: Aufgrund des frühen Versterbens der Männer zogen auch bereits verwitwete ältere

5 »Als Gastarbeiteranwerbestaaten werden die Staaten bezeichnet, die zwischen den 1950er und 1970er Jahren mit der Bundesrepublik Deutschland ein Anwerbeabkommen unterzeichnet hatten. Die angeworbenen Arbeiter wurden in Deutschland als »Gastarbeiter« bezeichnet. Besonders bedeutsame Gastarbeiteranwerbestaaten waren die Türkei, Italien, Griechenland, Portugal, Spanien und das ehemalige Jugoslawien.« (Statistisches Bundesamt 2017a, S. 19)

Bevölkerung nach ausgewählten Herkunftsländern (in Tausend)

Herkunftsländer	Männer	Frauen	Gesamt
Gebiet des ehemaligen Jugoslawiens	93	85	179
Türkei	92	101	193
Polen	63	80	143
Russische Föderation	43	57	100
Italien	57	27	84
Kasachstan	28	40	72
Rumänien	25	34	60
Griechenland	27	25	52

» Tab. 4: Menschen mit Migrationshintergrund im Alter von 65 bis unter 80 Jahren im Jahr 2016 nach ausgewählten Herkunftsländern bzw. -gebieten nach Geschlecht (gerundet, in Tausend). Quelle: © Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, S. 65; S. 69; S. 77; S. 81; S. 93; Datenbasis: Mikrozensus 2016; eigene Berechnung und Darstellung; Abweichungen in der Summe sind rundungsbedingt oder resultieren aus fehlenden Angaben in der Statistik, da Zahlenwert nicht sicher genug.

Frauen zu. 2016 zählte der Mikrozensus in der Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen 262.000 (Spät-)Aussiedlerinnen und 203.000 (Spät-)Aussiedler, d. h. etwa 60.000 Frauen mehr als Männer (Statistisches Bundesamt 2017a, S. 75 und 85; eigene Berechnung).

Eine andere Migrationsgeschichte haben die Älteren, die aus der Türkei migriert sind: Sie gehören zu jenen Migrantinnen und Migranten, die vor allem in den 1960er Jahren im Zuge der Anwerbeabkommen und ab 1973 im Zuge des Familiennachzugs als sogenannte »Gastarbeiterinnen« bzw. »Gastarbeiter« bzw. deren Familienangehörige nach Deutschland kamen – und blieben (Özcan und Seifert 2004). Im Jahr 2016 hatten rund 193.000 der 65- bis unter 80-Jährigen in Deutschland, d. h. 13 % der Altersgruppe mit Migrationshintergrund und 1,5 % der Altersgruppe insgesamt, einen türkischen Migrationshintergrund. Bemerkenswerterweise sind in den Altersgruppen 70 bis unter 75 und 75 bis unter

80 Jahre die Männer etwas stärker vertreten als die Frauen (70 bis unter 75: 37.000 Männer und 33.000 Frauen; 75 bis unter 80: 23.000 Männer und 21.000 Frauen), während in der Altersgruppe der 65- bis unter 70-Jährigen die Frauen deutlich zahlreicher sind (32.000 Männer und 47.000 Frauen) (Statistisches Bundesamt 2017a, S. 65, 75 und 85). Der Männerüberhang in den höheren Altersgruppen lässt sich möglicherweise auf die männlich dominierte Zuwanderung der Arbeitsmigration im Rahmen der Anwerbeabkommen, der Überhang der Frauen in der Altersgruppe 65 bis unter 70 Jahren hingegen auf den stärker weiblich geprägten Familiennachzug zurückführen. Hinzu kommen generelle Unsicherheiten in der Datenlage, die aus versäumten Aktualisierungen der Daten in Ausländerzentralregistern und Einwohnermeldeämtern bei Remigration, d. h. einer Rückkehr ins Herkunftsländ (oder Umzüge in andere Länder), Inlandssumzügen oder Einbürgerungen resultieren können (vgl.

Menning und Hoffmann 2009, S. 7; Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2008, S. 17].

Auch das ehemalige Jugoslawien, Italien sowie Griechenland sind wichtige Herkunftsländer von Angehörigen der sogenannten Gastarbeitergeneration, wie Tabelle 4 im Überblick zeigt. Bei Betrachtung der Zahlen zu Herkunftsländern bzw. vormaliger Staatsbürgerschaft ist allerdings zu beachten, dass von etwa 133.000 Personen zwischen 65 und 80 Jahren die Angaben zur vorherigen Staatsbürgerschaft fehlen oder unbestimmt sind (Statistisches Bundesamt 2017a, S. 69; eigene Berechnung).

» 02.3 Bildung

Welche Schul- und Berufsabschlüsse haben die alten Menschen? Der Mikrozensus erlaubt einen detaillierten Einblick in die schulischen und beruflichen Bildungsabschlüsse (Statistisches Bundesamt 2017b, S. 84). Danach verfügte der ganz überwiegende Teil derjenigen, die im Jahr 2016 im Alter von 65 bis unter 80 Jahren waren, über einen Schulabschluss; auf die Älteren mit Migrationshintergrund traf dies für etwa vier Fünftel der Männer und drei Viertel der Frauen zu.

Frauen im Alter von 65- bis unter 80 Jahren wiesen im Durchschnitt ein niedrigeres schulisches Bildungsniveau auf als Männer. Während bei den Männern mit Schulabschluss im Jahr 2016 insgesamt 25,3 % der Altersgruppe entweder über die Fachhochschulreife oder ein Abitur verfügten, waren es bei den Frauen mit Schulabschluss nur etwa halb so viele, nämlich 12,8 % (vgl. Tabelle 5).

Ausgeprägte Ungleichheiten in den Schulabschlüssen finden sich auch zwischen Älteren mit und ohne Migrationshintergrund (vgl. Tabelle 5): 22,8 % – durchschnittlich jeder fünfte Mann und jede vierte Frau – von den 65- bis unter 80-Jähri-

gen mit Migrationshintergrund verfügten im Jahr 2016 nicht über einen in Deutschland anerkannten allgemeinen Schulabschluss. Hierin spiegeln sich die Rahmenbedingungen der Einwanderung der »Gastarbeiterinnen« und »Gastarbeiter« seit den 1950er Jahren wider. Damals wurden gezielt gering qualifizierte Menschen für einfache Tätigkeiten angeworben, denen lange Zeit kaum Möglichkeiten eingeräumt wurden, sich gesellschaftlich zu integrieren und an dem Bildungsaufstieg eines wachsenden Teils der Bevölkerung teilzuhaben. In den Daten bildet sich andererseits auch die Einwanderung hochqualifizierter Fachkräfte ab: Der Anteil der 65- bis unter 80-Jährigen mit Migrationshintergrund und Schulabschluss, die 2016 über die Hochschulreife (Abitur) verfügten, lag sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen deutlich über dem entsprechenden Anteil der älteren Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (ebd.).

Ähnlich stellt sich die Situation im Bereich der beruflichen Bildung dar (vgl. Tabelle 6): Während den Daten des Mikrozensus zufolge im Jahr 2016 insgesamt 78,4 % der 65- bis unter 80-Jährigen in Deutschland über einen berufsqualifizierenden Abschluss verfügten, waren es unter den Angehörigen der Altersgruppe mit Migrationshintergrund nur 54,9 % (Statistisches Bundesamt 2017a, Sonderauswertung; eigene Berechnungen). Gleichzeitig wiesen letztere jedoch mit einem Anteil von 9,0 % einen Universitätsabschluss auf, während dies nur für 7,8 % der Altersgruppe insgesamt galt (ebd.). Bezogen auf diejenigen 65- bis unter 80-Jährigen, die überhaupt über einen beruflichen Abschluss verfügten, hatten 9,3 % der Älteren ohne Migrationshintergrund einen Universitätsabschluss; bei den Älteren mit Migrationshintergrund waren es 16,4 % (ebd.).

Bevölkerung nach Schulabschluss (in Prozent)

65- bis unter 80 Jahre	Mit Schulabschluss	Darunter mit				Ohne Schulabschluss	Keine Angabe zum Schulabschluss
		Haupt- oder Volksschulabschluss	Polytechnische Oberschule der DDR	Realschulabschluss oder ähnliches	Fachhochschulreife	Abitur	
Gesamt	95,6	56,3	8,2	15,9	5,6	13,8	3,8
Männer	96,0	52,8	7,6	13,0	8,4	17,9	3,5
Frauen	95,2	59,3	8,6	18,4	3,1	10,3	4,1
Ohne Migrationshintergrund	98,1	56,8	8,8	15,9	5,6	12,7	1,3
Männer	98,3	53,0	8,3	12,9	8,6	17,0	1,1
Frauen	97,9	60,1	9,3	18,4	2,9	9,0	1,4
Mit Migrationshintergrund	76,7	51,1	1,8	16,3	5,9	24,5	22,8
Männer	79,1	51,5	1,6	14,2	6,8	25,4	20,5
Frauen	74,5	50,7	1,9	18,4	4,7	23,5	25,0

– Nichts vorhanden

» Tab. 5: Bevölkerung im Alter von 65- bis unter 80 Jahren insgesamt sowie mit und ohne Migrationshintergrund nach Schulabschluss und Geschlecht im Jahr 2016 (in Prozent).
Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, Sonderauswertung; Datenbasis: Mikrozensus 2016; eigene Berechnungen und Darstellung; Abweichungen in der Summe sind rundungsbedingt.

Bevölkerung nach beruflichem Abschluss (in Prozent)

65 bis unter 80 Jahre	Mit berufsqualifizierendem Abschluss	Darunter mit:											Promotion			
		Lehre oder ähnliches	Meister/Techniker oder ähnliches	Fachschulabschluss DDR	Berufsakademie	Darunter mit:		Fachhochschule	Darunter mit:		Universität	Darunter mit:				
						Diplom/Ma-gister/Staatsexamen	Diplom/Ma-gister/Staatsexamen		Bachelor	Diplom/Ma-gister/Staatsexamen		Bachelor		Master	Diplom/Ma-gister/Staatsexamen	
Gesamt	78,4	69,7	9,4	2,6	0,4	95,3	6,2	1,1	98,4	0,8	0,6	9,9	0,8	0,6	98,7	1,6
Männer	87,7	62,3	11,9	2,0	0,5	92,6	9,0	1,1	98,5	/	/	11,6	/	/	98,7	2,5
Frauen	70,4	77,6	6,6	3,3	0,3	93,8	3,1	/	98,6	/	/	8,1	/	/	98,6	0,7
Ohne Migrationshintergrund	81,5	70,4	9,3	2,8	0,4	94,4	6,0	/	99,1	/	/	9,3	/	/	99,6	1,6
Männer	91,1	62,5	12,1	2,1	0,5	91,7	9,0	/	99,1	/	/	11,2	/	/	99,6	2,4
Frauen	73,3	78,9	6,4	3,5	0,3	100,0	2,8	/	99,2	/	/	7,3	/	/	99,7	0,7
Mit Migrationshintergrund	54,9	61,4	9,9	/	0,9	100,0	8,2	/	94,0	5,2	/	16,4	5,2	/	91,8	2,2
Männer	63,0	60,7	9,9	/	/	/	9,5	/	93,0	/	/	15,4	/	/	91,4	3,1
Frauen	47,2	62,3	10,0	/	/	/	6,6	/	95,8	/	/	17,7	/	/	92,2	/

/ Keine Angabe, da Zahlenwert nicht sicher genug

>> Tab. 6: Bevölkerung im Alter von 65 bis unter 80 Jahren insgesamt sowie mit und ohne Migrationshintergrund im Jahr 2016 nach beruflichem Abschluss und Geschlecht (in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, Sonderauswertung; Datenbasis: Mikrozensus 2016; eigene Berechnungen und Darstellung; Abweichungen in der Summe sind rundungsbedingt.

» 02.4 Arbeit und Ruhestand

Mit ca. 65 Jahren wird für die meisten Menschen das Ende der Erwerbsarbeit zum Thema. Der Übergang in den Ruhestand rückt näher oder ist bereits erfolgt. Ein Teil der Jüngeren der hier betrachteten Altersgruppe – also die 65- bis etwa 70-Jährigen – sowie ein marginaler Teil der über 70-Jährigen geht, freiwillig oder unfreiwillig, auch über das gesetzliche Renteneintrittsalter⁶ hinaus einer Erwerbstätigkeit nach. Diese bleibt damit ein zentraler Aspekt der alltäglichen Lebensgestaltung und wichtige Quelle des Lebensunterhalts. Die überwiegende Zahl derjenigen, die das gesetzliche Renteneintrittsalter überschritten haben, verbringt ihren Alltag indes anders als zu Zeiten der Erwerbstätigkeit. Ihren Lebensunterhalt bestreiten die Älteren dabei – auch abhängig von den beruflichen Positionen, die sie im Laufe ihres Erwerbslebens innehatten – aus verschiedenen Einkommensquellen wie Renten, Pensionen, privater oder betrieblicher Altersvorsorge, Vermögen – oftmals in Form von selbst genutztem Wohneigentum –, aber auch aus staatlichen Leistungen der Grundsicherung oder durch Unterhalt des Partners, seltener der Partnerin. Dabei zeigt sich »innerhalb der Altenbevölkerung auch eine ausgeprägte sozioökonomische Ungleichheit, die einerseits die differenziellen Opportunitäten und Erfolge im Erwerbsleben widerspiegelt, aber andererseits auch aus historisch gewachsenen und politisch beabsichtigten Differenzierungen innerhalb des Systems der Alterssicherung resultiert« (Noll und Weick 2012, S. 3).

Tabelle 7 gibt einen Überblick über die Quellen des überwiegenden Lebensunterhaltes der Männer und Frauen im Alter von 65 bis unter 70 sowie von 70 bis unter 80 Jahren. Ungleichheiten treten hier insbesondere zwischen den Älteren in Ost- und Westdeutschland sowie zwischen Männern und Frauen zutage: Im Jahr 2016 bestritten in Westdeutschland 85,9 % der 65- bis unter 70-jährigen Männer ihren Lebensunterhalt überwiegend aus Renten oder Pensionen (vgl. Tabelle 7). Für immerhin noch 9,1 % der Männer dieser Altersgruppe war in den westdeutschen Bundesländern die Berufstätigkeit die überwiegende Einnahmequelle, 1,8 % waren vor allem auf staatliche Unterstützung angewiesen, und nur 0,8 % erhielten überwiegend Unterstützung durch Angehörige. Bei den Frauen dieser Altersgruppe konnte im Jahr 2016 in Westdeutschland ein deutlich geringerer Teil von nur 78,3 % den eigenen Lebensunterhalt überwiegend aus Renten oder Pensionen bestreiten; 13,8 % waren vor allem auf Unterstützung durch Angehörige angewiesen. Von vorhandenem Vermögen, Einnahmen aus Vermietung oder Zinsen konnten 2016 immerhin 1,6 % der 65- bis unter 70-jährigen Männer und Frauen in Westdeutschland leben.

Die 65- bis unter 80-Jährigen in den ostdeutschen Bundesländern bestreiten demgegenüber ihren Lebensunterhalt fast ausschließlich aus Renten (vgl. Tabelle 7). Der Anteil derjenigen, die in dieser Altersgruppe ihren Unterhalt überwiegend aus Berufstätigkeit finanzieren, ist deutlich niedriger als in Westdeutschland. Auch die Unterstützung durch Angehörige spielt in Ostdeutschland eine geringere Rolle als in Westdeutschland, ebenso wie Einkünfte aus Vermögen, Vermietung oder Zinsen sowie

6 In Folge des »Altersgrenzenanpassungsgesetzes« von 2007 wird seit 2012 die Regelaltersgrenze, d. h. das Alter, ab dem bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen regulär die gesetzliche Altersrente bezogen werden kann, bis zum Jahr 2029 stufenweise auf 67 Jahre angehoben. Die Regelaltersgrenze für die im Jahr 2016 65- bis unter 80-Jährigen lag zwischen 65 Jahren und einem Monat (für die 1947 Geborenen) und 65 Jahren und fünf Monaten (für die 1951 Geborenen).

Bevölkerung nach überwiegendem Lebensunterhalt und Region (in Prozent)

Alter und Geschlecht	Berufs- tätigkeit	Arbeits- losengeld (überwie- gend Alg II)	Rente, Pension	Vermögen, Vermietung, Zinsen	Unterstüt- zung durch Angehörige	Sonstige staatliche Unter- stützung*
Deutschland						
65 bis unter 70 Jahre	6,1	0,3	84,1	1,4	6,3	1,7
Männer	8,6	0,4	87,0	1,5	0,6	1,8
Frauen	3,8	0,3	81,3	1,2	11,6	1,7
70 bis unter 80 Jahre	1,3	0,1	89,2	1,5	6,6	1,4
Männer	2,0	/	94,5	1,8	0,4	1,2
Frauen	0,6	–	84,8	1,3	11,8	1,5
Westdeutschland inklusive Berlin						
65 bis unter 70 Jahre	6,6	0,4	82,0	1,6	7,5	1,9
Männer	9,1	0,4	85,9	1,8	0,8	2,0
Frauen	4,2	0,4	78,3	1,5	13,8	1,8
70 bis unter 80 Jahre	1,4	/	87,0	1,8	8,0	1,6
Männer	2,3	/	93,6	2,2	0,4	1,4
Frauen	0,7	–	81,5	1,5	14,4	1,7
Ostdeutschland ohne Berlin						
65 bis unter 70 Jahre	3,9	/	94,3	/	/	0,8
Männer	6,0	/	92,6	/	/	/
Frauen	2,1	/	96,2	/	/	/
70 bis unter 80 Jahre	0,5	/	98,8	/	/	0,4
Männer	0,9	/	98,7	/	/	/
Frauen	/	–	98,9	/	/	/

– Nichts vorhanden / Keine Angabe, da Zahlenwert nicht sicher genug * Überwiegend Sozialhilfe, Grundsicherung

>> Tab. 7: Bevölkerung im Alter von 65- bis unter 80 Jahren im Jahr 2016 nach überwiegendem Lebensunterhalt, Region, Altersgruppen und Geschlecht (in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, Sonderauswertung; Datenbasis: Mikrozensus 2016; eigene Berechnungen und Darstellung.

Leistungen der Grundsicherung im Alter; allerdings sind die Zahlenwerte für Ostdeutschland nicht ausreichend belastbar (vgl. ebd.). Auswertungen von

Daten des Sozioökonomischen Panels durch Grabka und Westermeier zeigten für das Jahr 2012 jedoch ebenfalls, dass ältere Menschen in Ostdeutschland

Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach überwiegendem Lebensunterhalt (in Prozent)

Alter und Geschlecht	Berufstätigkeit	Arbeitslosengeld (überwiegend Alg II)	Rente, Pension	Vermögen, Vermietung, Zinsen	Unterstützung durch Angehörige	Sonstige staatliche Unterstützung*
65 bis unter 70 Jahre	6,7	1,5	75,9	0,9	8,5	6,7
Männer	9,0	/	80,1	/	2,2	6,5
Frauen	4,4	1,5	72,0	/	14,5	7,1
70 bis unter 80 Jahre	1,3	0,1	83,2	0,7	7,1	7,3
Männer	2,0	/	89,7	/	/	5,8
Frauen	/	–	77,0	/	12,7	8,5

– Nichts vorhanden / Keine Angabe, da Zahlenwert nicht sicher genug * Überwiegend Sozialhilfe, Grundsicherung

» Tab. 8: Bevölkerung im Alter von 65 bis unter 80 Jahren mit Migrationshintergrund nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2016 (in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, Sonderauswertung; Datenbasis: Mikrozensus 2016; eigene Berechnungen und Darstellung.

über deutlich weniger Vermögen verfügen als ältere Menschen in Westdeutschland (vgl. Grabka und Westermeier 2014, S. 160).

Tabelle 8 verdeutlicht die besonders prekäre ökonomische Situation vieler älterer Migrantinnen und Migranten. Diese ist u. a. auf die ihnen zum Zeitpunkt der Anwerbung zugewiesene Position am Arbeitsmarkt und Unterschiede im Bildungsniveau, aber auch auf Diskriminierungen bei der Arbeitsuche zurückzuführen. Aus den zumeist geringen Gehältern, die viele von ihnen für gesundheitlich häufig stark belastende Tätigkeiten erhalten haben, resultieren entsprechend niedrige Rentenansprüche. Ältere Migrantinnen und Migranten sind daher in stärkerem Maße als ihre Altersgenossinnen und -genossen ohne Migrationshintergrund auf Unterstützung durch Angehörige und/oder staatliche Unterstützung angewiesen, um ihren Lebensunterhalt zu bestreiten.

Die oben berichteten Daten zum Anteil derjenigen, die ihren Lebensunterhalt überwiegend aus Erwerbstätigkeit bestreiten, erlauben noch keine Aussagen darüber, wie hoch der Anteil derjenigen ist, die im Alter von 65 bis unter 80 Jahren einer Erwerbstätigkeit nachgehen, und unter welchen Bedingungen dies geschieht. Die Erwerbssituation Älterer differenziert sich zwar bereits lange vor der Marke des 65. Geburtstages aus (vgl. hierzu BZgA 2018). Augenfällig ist jedoch, dass die Datenlage zur Erwerbstätigkeit bzw. zu den Beschäftigungsverhältnissen derjenigen, die das Renteneintrittsalter erreicht haben, bisweilen widersprüchlich ist. Im Folgenden wird sich zeigen, dass die Angaben des Mikrozensus zum Erwerbsstatus der Älteren und die Zahlen der Bundesagentur für Arbeit mitunter stark voneinander abweichen. Letztere registriert die über 65-Jährigen bzw. diejenigen, die die Regelaltersgrenze erreicht haben sowie jene, die einer

sozialversicherungspflichtigen und geringfügig entlohnten Beschäftigung – z. B. als Rentnerinnen und Rentner mit einem »Mini-Job« – nachgehen.⁷

Den Erhebungen des Mikrozensus zur Erwerbstätigkeit liegt das Labour-Force-Konzept der Internationalen Arbeitsagentur (International Labour Organization, ILO) zugrunde. Das ILO-Konzept rechnet Personen den Erwerbstätigen zu, wenn diese mindestens 15 Jahre alt sind und in einem einwöchigen Berichtszeitraum »mindestens eine Stunde gegen Entgelt irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachgehen bzw. in einem Arbeitsverhältnis stehen (Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, einschließlich Soldatinnen und Soldaten), selbstständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben, einen freien Beruf ausüben oder als mithelfende Familienangehörige im Betrieb eines Familienmitglieds arbeiten, ohne dafür Lohn und Gehalt zu beziehen« (Statistisches Bundesamt 2017c, S. 6). Da im Labor-Force-Konzept der ILO auch marginale und unregelmäßige Tätigkeiten als Erwerbstätigkeit erfasst werden, lassen die berichteten Quoten nur begrenzt Rückschlüsse auf den tatsächlichen Charakter der Beschäftigungsverhältnisse zu.

Nach den Daten des Mikrozensus waren im Jahr 2016 insgesamt fast 1,1 Millionen 65- bis unter 80-Jährige – d. h. 8,4 % der Altersgruppe, 15,4 % der 65- bis unter 70-Jährigen und 4,6 % der Menschen von 70 bis unter 80 Jahren – erwerbstätig im Sinne der ILO-Definition (Statistisches Bundesamt 2017c, S. 36; eigene Berechnungen). Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede nach Geschlecht und Region: In der Altersgruppe 65 bis unter 70 Jahren

ging fast jeder fünfte Mann einer bezahlten Tätigkeit von mindestens einer Stunde pro Woche nach, aber nur etwas mehr als jede zehnte Frau. Unter den 70 bis unter 80-Jährigen traf dies für 6,7 % der Männer, aber nur 2,8 % der Frauen zu (ebd.). In Westdeutschland (inklusive Berlin) lag der Anteil der Erwerbstätigen im Alter von 65 bis unter 80 Jahren mit 9,0 % (938.000 Personen) deutlich über dem Anteil in Ostdeutschland, wo noch 5,7 %, (128.000 Personen) erwerbstätig waren (ebd., Sonderauswertung). Für rund 379.000 der 65 bis unter 80-Jährigen, d. h. für mehr als ein Drittel (35,6 %) der erwerbstätigen Älteren, war die Erwerbstätigkeit im Jahr 2016 die vorwiegende Quelle des Lebensunterhalts (Statistisches Bundesamt 2017a; eigene Berechnungen). Für die übrigen Erwerbstätigen im Alter von 65 bis unter 80 Jahren stellte das Erwerbseinkommen nur einen Zuverdienst neben der Rente bzw. Pension, Sozialleistungen oder anderen Einkommensarten dar. Knapp 41 % der Erwerbstätigen im Alter von 65 bis unter 80 Jahren waren im Jahr 2016 als Selbstständige (37,0 %) oder als mithelfende Familienangehörige (3,8 %) tätig (Statistisches Bundesamt 2017c, S. 36, eigene Berechnung). Ihr Anteil war fast dreimal so hoch wie in der Altersklasse der 55- bis unter 65-Jährigen, wo im Jahr 2016 nur 13,8 % der Erwerbstätigen selbstständig (13,3 %) oder mithelfende Familienangehörige (0,5 %) waren (ebd.). Von denjenigen im Alter von 65 Jahren und mehr, die ihren Lebensunterhalt überwiegend aus Renten oder Pensionen bestritten, waren im Jahr 2016 4,2 % erwerbstätig (ebd., S. 18).

⁷ Die Daten des Mikrozensus unterscheiden sich von der Erwerbstätigenstatistik der Bundesagentur für Arbeit. Unterschiede der Daten des Mikrozensus im Vergleich zu den Daten der Bundesagentur für Arbeit resultieren beispielsweise daraus, dass »nicht bei den Arbeitsagenturen registrierte Arbeitssuchende erwerbslos sein« können und andererseits »Arbeitslose, die eine geringfügige Beschäftigung ausüben, nach ILO-Definition nicht als Erwerbslose, sondern als Erwerbstätige« gezählt werden (Statistisches Bundesamt 2016a, S. 8). Zur Problematik der abweichenden Ergebnisse des Mikrozensus von anderen Beschäftigtenstatistiken sowie zur Diskussion möglicher Ursachen siehe ausführlich Körner u. a. (2011).

Neben der Frage danach, wie hoch der Anteil derjenigen ist, die auch über ihr 65. Lebensjahr hinaus einer bezahlten Tätigkeit von mindestens einer Stunde pro Woche nachgehen, interessiert, wie viele Personen auch nach Erreichen des Rentenalters noch sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind.⁸ Zahlen hierzu liefert die Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit. Ende 2016 zählte diese 266.753 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Alter von 65 Jahren und mehr. Hierzu zählten 51.090 Personen im Alter von 65 Jahren bis zur Regelaltersgrenze sowie 215.663 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, welche die Regelaltersgrenze bereits überschritten hatten (Bundesagentur für Arbeit 2017a, S. 3). Damit waren Ende 2016 insgesamt etwa 1,5 % der Bevölkerung ab 65 Jahren sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Bezieht man die 266.753 sozialversichert Beschäftigten nur auf die 65- bis unter 75-jährige Bevölkerung ergibt sich ein Beschäftigungsquotient von 3,2 %.

Die Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit liefert auch Zahlen zur Verbreitung der geringfügigen Beschäftigung.⁹ Nach diesen Daten waren Ende 2016 mehr als eine Million (1.020.312) Menschen im Alter von 65 Jahren und mehr geringfügig beschäftigt (darunter 73.427 Personen im Alter von 65 Jahren bis zur Regelaltersgrenze) (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2017c), was 5,8 % der Bevölkerung ab 65 Jahren und 12,4 % der 65- bis unter 75-Jährigen entspricht. Mit 997.294 Personen war die weit überwiegende Zahl von ihnen ausschließlich geringfügig beschäftigt. 23.018 Ältere

waren neben einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung zusätzlich geringfügig beschäftigt, 3.749 davon befanden sich noch innerhalb der Regelaltersgrenze (ebd.).

Betrachtet man die geringfügige Beschäftigung ab 65 Jahren getrennt für Ost und West, so zeigt sich, dass in Westdeutschland (ohne Berlin) Ende 2016 insgesamt 866.984 Personen im Alter von 65 Jahren und mehr geringfügig beschäftigt waren; 58.532 Personen davon innerhalb der Regelaltersgrenze (Bundesagentur für Arbeit 2017d). In Ostdeutschland (inklusive Berlin) registrierte die Bundesagentur für Arbeit zum selben Zeitpunkt 153.215 geringfügig Beschäftigte in dieser Altersgruppe, 14.884 innerhalb der Regelaltersgrenze (Bundesagentur für Arbeit 2017e). Damit gingen Ende 2016 etwa 6,3 % der Bevölkerung ab 65 Jahren in Westdeutschland und etwa 4 % der Bevölkerung in Ostdeutschland einer geringfügigen Beschäftigung nach, zum weit überwiegenden Teil handelte es sich dabei um ausschließlich geringfügig Beschäftigte.

Aussagen dazu, in welchem Umfang die abhängig beschäftigten Älteren tätig sind, lassen sich anhand der Daten des Mikrozensus treffen. Danach war der Großteil derjenigen, die im Jahr 2016 über das 65. Lebensjahr hinaus erwerbstätig waren und einer abhängigen Beschäftigung nachgingen, teilzeitbeschäftigt (vgl. Tabelle 9), Frauen – wie in jüngeren Altersgruppen auch – weitaus häufiger als Männer. Schmitz und Zink (2017) stellen in einer Auswertung von Mikrozensusdaten ebenfalls fest, »dass

8 Geringfügig Beschäftigte werden in der Systematik der Bundesagentur für Arbeit nicht zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten gezählt, »da für diese nur pauschale Sozialversicherungsabgaben zu leisten sind. [...] Nicht einbezogen sind zudem Beamte, Selbstständige und mithelfende Familienangehörige, Berufs- und Zeitsoldaten, sowie Wehr- und Zivildienstleistende [...].« (Bundesagentur für Arbeit 2017b, S. 10)

9 Geringfügige Beschäftigung liegt a) vor im Falle einer geringfügig entlohnten Beschäftigung; diese ist gegeben, »wenn das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung [...] regelmäßig im Monat 450,- Euro nicht überschreitet« (Bundesagentur für Arbeit 2017b, S. 8) oder b) im Falle einer kurzfristigen Beschäftigung, die im Kalenderjahr 50 Arbeitstage oder zwei Monate nicht übersteigt (vgl. ebd.).

Abhängig Erwerbstätige nach Art der Beschäftigung

Erwerbstätige 65 Jahre und mehr	Abhängig Erwerbstätige (in Tausend)	Art der Beschäftigung		
		Vollzeit	Teilzeit	
		(in Tausend)	(in Tausend)	%
Insgesamt	647	99	548	84,7
Männer	361	73	287	79,5
Frauen	286	26	260	90,9

>> Tab. 9: Abhängig Erwerbstätige im Alter von 65 Jahren und mehr im Jahr 2016 nach Geschlecht und Art der Beschäftigung (in Tausend und in Prozent). Quelle: © Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017c; Datenbasis: Mikrozensus 2016; eigene Berechnungen; Darstellung verändert.

die Erwerbstätigen im Rentenalter überwiegend geringfügig in kurzer Teilzeit beschäftigt werden und eher einfache Tätigkeiten erbringen« (S. 108). Nach den Daten des DEAS arbeiteten 70 bis 85-Jährige im Ruhestand im Jahr 2014 durchschnittlich 15,8 Stunden pro Woche (vgl. Mahne u. a. 2017, S. 4).

Die Qualität ihrer Arbeitsbedingungen nahmen ältere Erwerbstätige laut DEAS 2014 sehr unterschiedlich wahr. Ein beträchtlicher Teil derjenigen, die in der Altersgruppe von 60 bis 85 Jahren noch einer Erwerbsarbeit nachgingen, beschrieb verschiedene Belastungen: So bezeichneten sich 30,6 % durch »anstrengende oder einseitige körperliche Aktivitäten« und 42,8 % durch »Stress« als »ziemlich« oder »sehr« belastet (vgl. Tabelle 10). Ein Viertel nahm »neue Anforderungen« als »sehr« bzw. »ziemlich« belastend wahr, ein Fünftel litt unter den Umweltbedingungen am Arbeitsplatz (Mehrfachnennungen waren möglich). Besonders hoch war der Anteil derer, die Belastungen körperlicher Art oder durch Stress angaben, bei den ostdeutschen Frauen.

Zu der Frage, was die Motive für eine Erwerbstätigkeit in das Alter hinein sind, bestehen beträchtliche Forschungsdesiderate. Im DEAS 2014 gaben

rund zwei Drittel der befragten Altersrentnerinnen und -rentner sowie Pensionäre ab 60 Jahren, die einer Erwerbstätigkeit nachgingen, »Spaß an der Arbeit« als Grund an (vgl. Tabelle 11, Mehrfachnennungen waren möglich). Etwa die Hälfte gab an, auch weiterhin eine Aufgabe haben zu wollen. Allerdings sah sich auch mehr als ein Drittel durch die eigene »gegenwärtige finanzielle Situation« zur Erwerbstätigkeit veranlasst.

Mergenthaler (2015) untersuchte im Rahmen der sogenannten TOP-Studie (»Transition and Old Age Potential«) im Jahr 2013 eine Teilstichprobe von 1.114 (ehemals) abhängig beschäftigten Rentnerinnen und Rentnern im Alter zwischen 65 und 70 Jahren zu ihrer Erwerbstätigkeit. Er stellt fest, dass unabhängig von dem zur Verfügung stehenden Einkommen etwa 20 % der Befragten erwerbstätig waren. Mergenthaler weist darauf hin, dass insbesondere niedrige Einkommen bzw. solche »unterhalb der Armutsrisikoschwelle in der betrachteten Altersgruppe auch ein Ausdruck vergleichsweise schlechterer Bildungs- und Arbeitsmarktchancen in früheren Lebensphasen [seien], die die Aufnahme oder die Weiterführung einer Erwerbstätigkeit auch jenseits der Regelaltersgrenze prinzipiell erschwe-

Arbeitsbelastungen im Beruf (in Prozent)

In der beruflichen Tätigkeit sehr oder ziemlich belastet durch:	Region	Geschlecht		
		Männer	Frauen	Gesamt
Anstrengende oder einseitige körperliche Aktivitäten	Deutschland	35,0	25,7	30,6
	Westdeutschland*	35,1	21,0	28,4
	Ostdeutschland	34,6	52,1	42,5
Erschwerte Umweltbedingungen am Arbeitsplatz	Deutschland	21,1	16,2	18,8
	Westdeutschland	22,6	14,3	18,7
	Ostdeutschland	13,5	27,1	19,6
Stress	Deutschland	49,2	35,6	42,8
	Westdeutschland	49,8	31,9	41,3
	Ostdeutschland	46,2	56,3	50,7
Viele neue Anforderungen	Deutschland	27,9	21,6	24,9
	Westdeutschland	27,0	21,0	24,1
	Ostdeutschland	32,7	25,0	29,2

* »Ostdeutschland« beinhaltet im DEAS die ostdeutschen Bundesländer sowie das ehemalige Gebiet von Ost-Berlin, »Westdeutschland« die westdeutschen Bundesländer sowie das ehemalige West-Berlin. Dabei wird Berlin auf Bezirksebene entsprechend der vor der Bezirksreform 2001 bestehenden Ost-West-Relation aufgeteilt (vgl. auch das Glossar zu Datenquellen ab S. 234 im Anhang).

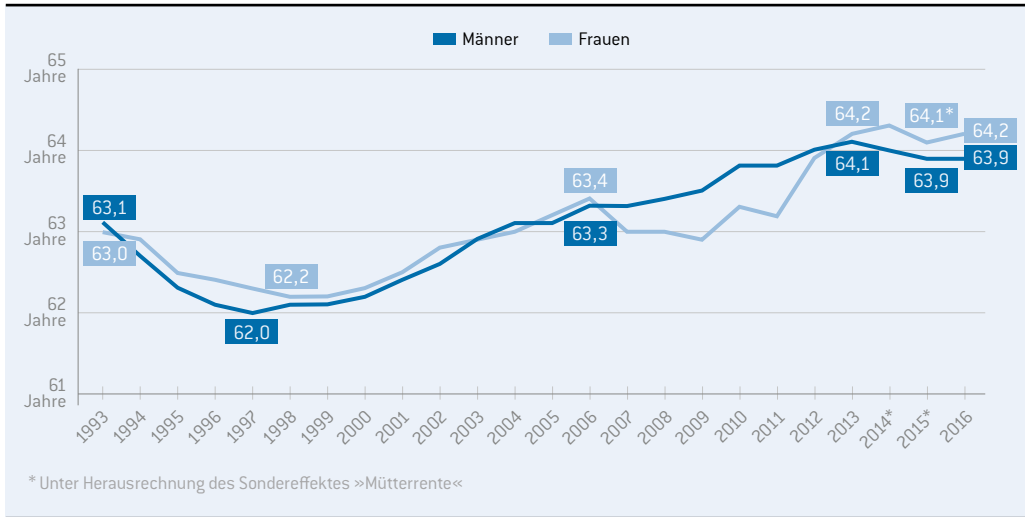
» Tab. 10: Arbeitsbelastungen der 60- bis 85-Jährigen im Beruf nach Art der Belastung und Region (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.

Gründe für eine Erwerbstätigkeit im Ruhestand (in Prozent)

	Gegenwärtige finanzielle Situation	Spaß an der Arbeit	Kontakt zu anderen Menschen wichtig	Ich möchte auch weiterhin eine Aufgabe haben
60 bis 69 Jahre	37,0	65,0	55,4	49,9
70 bis 85 Jahre	39,7	70,9	56,4	54,8

» Tab. 11: Gründe für eine Erwerbstätigkeit im Ruhestand im Jahr 2014 nach Altersgruppen (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.

Zugangsalter in Altersrenten



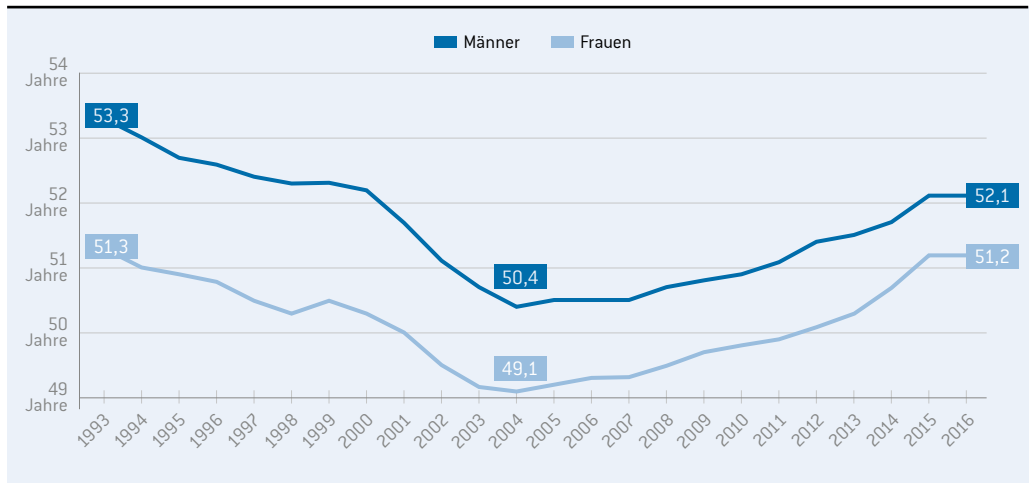
» Abb. 1: Durchschnittliches Zugangsalter in Altersrenten 1993 bis 2016 nach Geschlecht in Deutschland. Quelle: IAO 2017a, Abbildung abbVIII11 unter www.sozialpolitik-aktuell.de; Datenbasis: Deutsche Rentenversicherung Bund 2017; Darstellung verändert.

ren« (ebd., S. 5). Darüber hinaus vermindere das mit solch benachteiligenden Beschäftigungsbiographien einhergehende höhere Risiko eines schlechteren Gesundheitszustands die Möglichkeiten, im Alter erwerbstätig zu sein (ebd.). Die »vergleichbar hohe Erwerbstätigenquote in dieser unteren Einkommensgruppe« sei insofern überraschend, ließe sich aber damit erklären, dass eine drohende Altersarmut ein starker Anreiz sein könne, trotz der beschriebenen kumulativen Benachteiligungen auch im Ruhestand erwerbstätig zu bleiben (vgl. ebd.).

Das Renteneintrittsalter und das Erwerbsaustrittsalter sind selten identisch (vgl. hierzu ausführlich BZgA 2018, S. 106). Das Durchschnittsalter der 1945 Geborenen lag beim Austritt aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung bei 60,5 Jahren, das der 1948 Geborenen bei 61,7 Jahren – und damit in beiden Fällen deutlich unter der für

diese Jahrgänge gültigen Regelaltersgrenze für den Rentenbezug (vgl. Brüssig 2015, S. 1). Letztmalig auf dem Arbeitsmarkt »aktiv« waren die 1945 Geborenen durchschnittlich im Alter von 62,3 Jahren, wobei als Aktivität auch geringfügige Beschäftigung und Arbeitslosigkeit zählen. Die durchschnittliche Zeitspanne zwischen dem Austritt aus sozialversicherter Beschäftigung und dem Austritt aus dem Arbeitsmarkt hat sich gegenüber den 1940 Geborenen verlängert (ebd.). Das durchschnittliche Zugangsalter in Altersrenten lag für die Kohorte der 1945 Geborenen bei 63,3 Jahren (DRV 2017a, S. 142). Im Jahr 2016 waren die erstmalig Altersrenten Beziehenden durchschnittlich 64,1 Jahre alt (Männer 63,9 Jahre und Frauen 64,2 Jahre) (DRV 2017a, S. 137–138). In den westdeutschen Bundesländern lag das Renteneintrittsalter mit 64,2 Jahren etwas höher als in den ostdeutschen (mit 63,5 Jahren) (ebd.).

Zugangsalter in Erwerbsminderungsrenten



» Abb. 2: Durchschnittliches Zugangsalter in Erwerbsminderungsrenten 1993 bis 2016 nach Geschlecht in Deutschland. Quelle: IAQ 2017b, Abbildung abbVIII11b unter www.sozialpolitik-aktuell.de; Datenbasis: Deutsche Rentenversicherung Bund 2017; Darstellung verändert.

Die Abbildungen 1 und 2 geben Aufschluss über die Entwicklung¹⁰ des Rentenzugangsalters für Altersrente und Erwerbsminderungsrente.

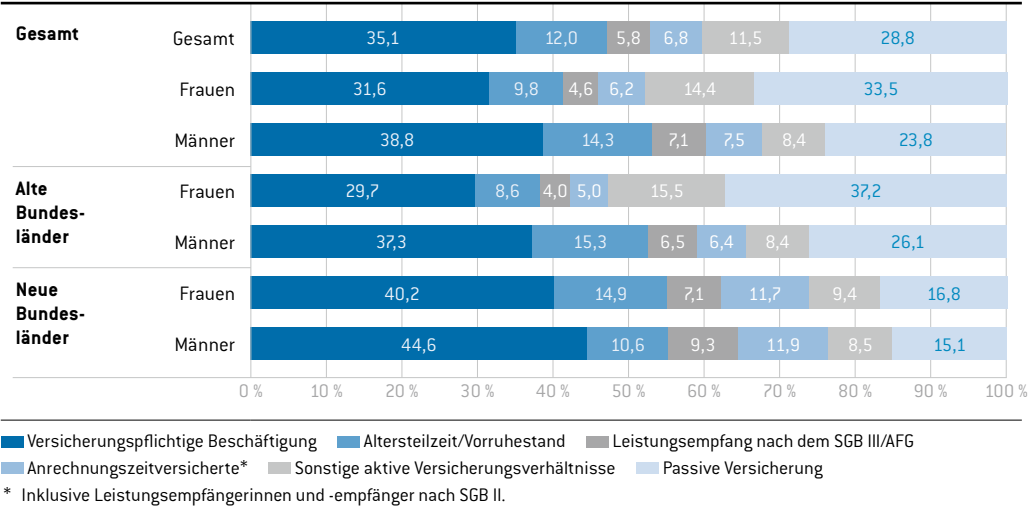
Abbildung 3 zeigt, aus welchen Versicherungsverhältnissen Männer und Frauen in Ost und West sowie im Bundesgebiet insgesamt im Jahr 2015 in den Altersrentenbezug wechselten: 35,1 % schlossen damit direkt an eine sozialversicherungspflicht-

tige Beschäftigung an (vgl. DRV 2016, S. 77). Ein beträchtlicher Teil der »Neurentner« und »-rentnerinnen« – nämlich insgesamt 41,4 % – war unmittelbar vor dem Altersrentenbezug arbeitslos nach dem SGB III (Arbeitslosengeld I) (5,8 %) oder SGB II (Arbeitslosengeld II/»Hartz IV«),¹¹ hatte anderweitig Anrechnungszeiten (ohne eigene Beiträge)

10 »Die Ausgangsdaten entstammen der Rentenzugangsstatisik der Deutschen Rentenversicherung Bund. Ihr Aussagewert ist insofern eingeschränkt als die Durchschnittswerte, die für die Kalenderjahre ausgewiesen werden, durch demografische Effekte verzerrt sein können. Ist z. B. die Altersgruppe mit dem Lebensalter 65 Jahre stark, die Altersgruppe 63 Jahre hingegen schwächer besetzt, dann wird das Rentenzugangsgeschehen besonders häufig durch den Bezug der Regelaltersrente mit 65 Jahren geprägt. Das durchschnittliche Zugangsalter erhöht sich dadurch, ohne dass sich das Verhalten der Betroffenen verändert hat. Will man diesen demografischen Effekt ausschalten, dann muss das Zugangsalter der einzelnen Geburtsjahrgänge/Kohorten betrachtet werden [...]« (IAQ 2017a, S. 4)

11 Seit 2011 werden für Bezieherinnen und Bezieher von ALG II/»Hartz IV« keine Beiträge zur Rentenversicherung mehr gezahlt, weshalb diese Personengruppe nun in der Kategorie der »Anrechnungszeitversicherten« geführt und nicht mehr gesondert in der Statistik ausgewiesen wird (vgl. Bäcker u. a. 2017, S. 95).

Versicherungsstatus vor Altersrentenbezug



» Abb. 3: Versicherungsstatus vor Altersrentenbezug 2015 – Versicherungsstatus am 31.12.2014 nach Region und Geschlecht (in Prozent). Quelle: DRV 2016, S. 77–79; Datenbasis: Statistisches Berichtswesen 2016; eigene Darstellung in Anlehnung an Bäcker u. a. 2017, S. 82.

zurückgelegt (6,8 %) oder kam aus einem passiven Versicherungsverhältnis¹² (28,8 %) (ebd.).

Im DEAS wird der Erwerbsstatus vor Bezug der Altersrente kohortenspezifisch ermittelt (vgl. Tabelle 12). Auffallend ist der mit einem Drittel hohe Anteil derjenigen, die in Ostdeutschland vor Bezug der Altersrente arbeitslos und/oder im Vorruhestand waren. Dort ist zudem unter den Frauen der Status »Hausfrau« vor Renteneintritt nur marginal vertreten, während die 70- bis 85-jährigen Frauen

in Westdeutschland zu einem Viertel vor ihrem Renteneintritt Hausfrauen waren.

» 02.5 Renten und Rentenhöhe

Im Berichtsjahr 2016 bezogen in der Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen rund 5,8 Millionen Männer und rund 6,5 Millionen Frauen, d. h. insge-

12 Die »passiv Versicherten« setzen sich aus Personen zusammen, die nach einer früheren rentenversicherungspflichtigen Tätigkeit, in der sie Rentenansprüche erworben haben, heute z. B. selbstständig, verbeamtet oder auch Nichterwerbspersonen, z. B. »Hausfrauen«, sind; dazu gehören auch Personen ohne Anspruch auf Arbeitslosengeld, die sich aus der Arbeitslosigkeit abmelden (vgl. Bäcker u. a. 2017, S. 82).

Erwerbsstatus vor Bezug der Altersrente oder Pension (in Prozent)

Region, Alter und Geschlecht	Erwerbstätig inklusive Altersteilzeit	Arbeitslos/Vorruhestand	Hausfrau/Hausmann	Arbeits-/erwerbsunfähig, sonstiges
Deutschland				
60 bis 69 Jahre	61,8	16,0	6,9	15,3
Männer	68,0	16,8	0,2	15,1
Frauen	55,0	15,1	14,3	15,6
70 bis 85 Jahre	62,2	15,8	11,4	10,6
Männer	72,2	17,6	0,0	10,2
Frauen	53,7	14,2	21,1	11,0
Westdeutschland				
60 bis 69 Jahre	62,0	12,9	8,3	16,8
Männer	68,9	14,9	0,0	16,2
Frauen	54,2	10,7	17,8	17,4
70 bis 85 Jahre	64,0	11,3	13,9	10,8
Männer	75,8	13,8	0,0	10,4
Frauen	53,6	9,0	26,1	11,2
Ostdeutschland				
60 bis 69 Jahre	61,0	29,8	0,4	8,7
Männer	63,5	26,1	0,9	9,6
Frauen	58,7	33,3	0,0	8,0
70 bis 85 Jahre	55,1	33,4	1,5	10,0
Männer	56,9	33,5	0,0	9,6
Frauen	53,8	33,2	2,7	10,3

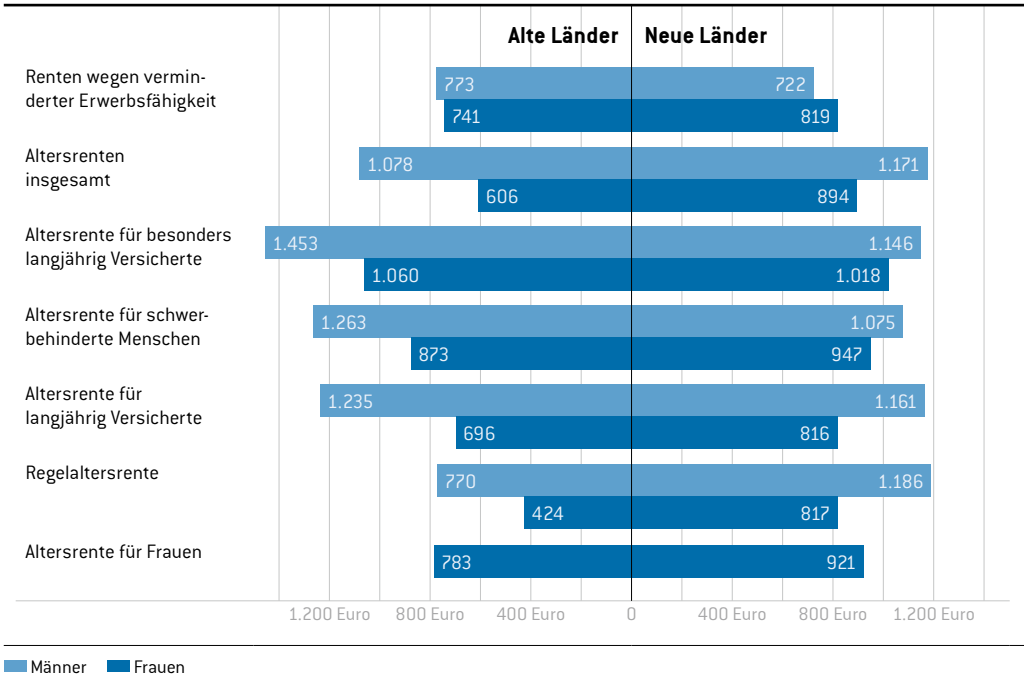
» Tab. 12: Erwerbsstatus vor Bezug der Altersrente oder Pension im Jahr 2014 nach Region, Altersgruppen und Geschlecht (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.

samt rund 12,3 Millionen Personen und damit der ganz überwiegende¹³ Teil der Altersgruppe, eine Altersrente (DRV 2017b; zum Überblick über die ver-

schiedenen Rentenarten vgl. Brüssig 2010). Nicht für alle Bezieherinnen und Bezieher von Altersrenten sind diese die Hauptquelle für ihren Lebensun-

13 Laut der Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Bundesamtes umfasste die Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen zum Jahresende 2016 12.567.795 Personen (vgl. Kapitel 02.1 auf Seite 12).

Durchschnittliche Rentenhöhen in Euro/Monat



» Abb. 4: Durchschnittliche Rentenhöhen im Rentenbestand nach Rentenart und Geschlecht 2016. Zahlbeträge in Euro/Monat, neue und alte Bundesländer am Jahresende. Quelle: IAO 2017c, Abbildung abbVIII29_30 unter www.sozialpolitik-aktuell.de; Datenbasis: Deutsche Rentenversicherung Bund 2017; Darstellung verändert.

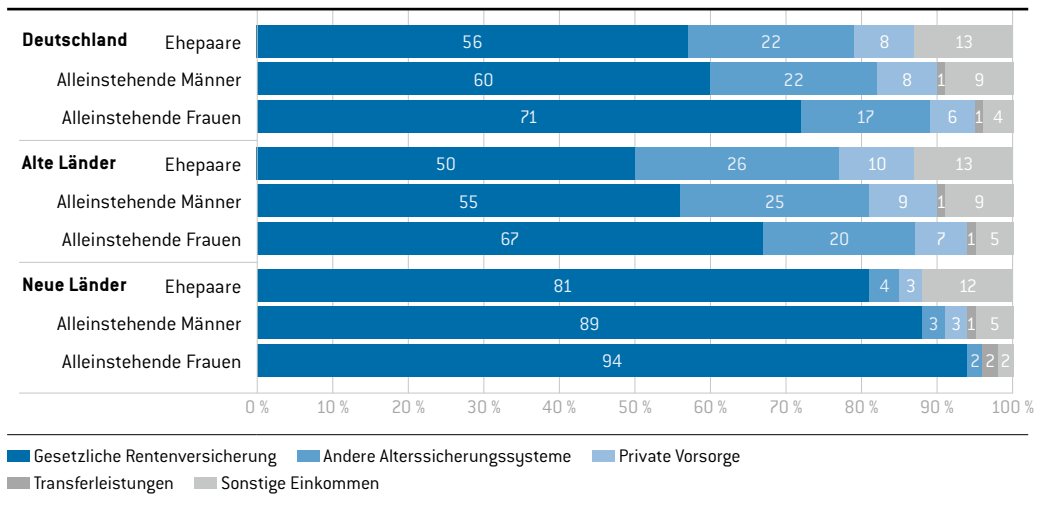
terhalt: Nach den Daten des Mikrozensus bestritten im Jahr 2016 etwa 11,1 Millionen der 65- bis unter 80-Jährigen ihren Lebensunterhalt überwiegend aus Renten (nicht nur Altersrenten) oder Pensionen (Statistisches Bundesamt 2017d).

Basis für die individuellen Rentenansprüchen sind in der gesetzlichen Rentenversicherung im Wesentlichen die Löhne und Gehälter aus rentenversicherungspflichtiger Beschäftigung.¹⁴ Für die

Berechnung des Rentenanspruchs ist die Höhe des individuell erzielten Einkommens im Vergleich zu den Durchschnittsentgelten aller Versicherten entscheidend – und zwar für den gesamten Verlauf des Versicherungslebens. Wer lange versicherungspflichtig gearbeitet hat und ein hohes Einkommen zu erreichen vermochte, erzielt eine höhere Rente als Beschäftigte, die nur wenige Beschäftigungsjahre aufweisen (z. B. auch solche, die nur zu

¹⁴ Ergänzende Beiträge werden beispielsweise aus der Pflegeversicherung für pflegende Angehörige geleistet (DRV 2015; vgl. auch Kapitel 05.3 auf Seite 134).

Struktur der Gesamteinkommen



» Abb. 5: Struktur der Gesamteinkommen der älteren Bevölkerung (in Prozent des gesamten Bruttoeinkommens), Männer und Frauen im Jahr 2015 im Alter ab 65 Jahre für Deutschland, alte und neue Länder. Quelle: IAQ 2017d, Abbildung abbVIII53 unter www.sozialpolitik-aktuell.de; Datenbasis: BMAS Alterssicherungsbericht 2016; Darstellung verändert; Abweichungen in der Summe sind rundungsbedingt.

Beginn ihrer Berufslaufbahn rentenversicherungs-pflichtig gearbeitet haben, um anschließend in ein Selbstständigen- oder Beamtenverhältnis zu wechseln) und/oder ein geringes Gehalt bezogen haben. Hinzu kommen bei bestimmten Rentenarten oder einem vorzeitigen Rentenbezug, der ab dem 63. Lebensjahr und dem Vorliegen von mindestens 35 Versicherungsjahren möglich ist, Abschläge gegenüber der Regelaltersrente. Die daraus resultierende große Spreizung bei den Rentenhöhen spiegelt sich zwar nicht in der Durchschnittsrente wider – der durchschnittliche Zahlbetrag über alle Arten von Altersrenten hinweg lag im Berichtsjahr 2016 bei 854,14 Euro (DRV 2017b). Dennoch sind auch an den durchschnittlichen Rentenzahlbeträgen einige strukturelle Ungleichheiten ablesbar.

Abbildung 4 bildet altersgruppenübergreifend die durchschnittlichen Rentenhöhen im Rentenbestand

nach Rentenart und Geschlecht im Jahr 2016 in den neuen und alten Bundesländern ab.

Deutlich zu erkennen sind in dieser Darstellung trotz der Verzerrung durch die Ermittlung einer Durchschnittsrente die Geschlechterunterschiede. Frauenerwerbsarbeit war insbesondere in der Bundesrepublik in den Kohorten der heutigen Rentnerinnen durch kürzere Beschäftigungs- und Versicherungszeiten, Teilzeitarbeit und durch schlechtere Einkommenspositionen geprägt. Dies schlägt sich u. a. in den mit Ausnahme der Altersrente für langjährig Versicherte durchgängig höheren durchschnittlichen Altersrenten der Frauen in Ostdeutschland nieder. Diese sind der im Vergleich zu Westdeutschland um rund 20 % höheren Frauenerwerbsquote in der DDR ab den 1970er Jahren (Schäfgens 1998, S. 144) sowie der dort geringeren Lohnspreizung zwischen den Geschlechtern geschuldet.

Bei der Interpretation dieser Daten ist allerdings zu beachten, dass weder geringe noch hohe Zahlungsbeträge aus der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) für sich betrachtet etwas über die tatsächliche Einkommenssituation der Haushalte aussagen. Der Grund hierfür ist, dass die Höhe des Haushaltseinkommens durch weitere Einkommensquellen bestimmt sein kann. So sind zwar in Ostdeutschland die durchschnittlichen Zahlungsbeträge aus der GRV höher. Die von TNS Infratest zuletzt für das Jahr 2015 durchgeführte Studie »Alterssicherung in Deutschland – ASID 2015« zeigt jedoch, dass Renten in Ostdeutschland den ganz überwiegenden Anteil der Bruttoeinkommen der Personen ab 65 Jahren ausmachen (vgl. BMAS 2016, S. 14–15 und Abbildung 5). In Westdeutschland spielen demgegenüber Pensionen und zusätzliche Einkünfte wie z. B. Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Zinseinkünfte oder Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung bei Männern wie bei Frauen eine deutlich größere Rolle (ebd.). Zu den zentralen Einkommensquellen älterer Frauen zählen neben den Versichertenrenten auch Witwenrenten.

Es ist zudem ein beachtlicher Einkommensunterschied zwischen den Rentnerinnen und Rentnern und den – so gut wie ausschließlich westdeutschen – Pensionärinnen und Pensionären zu verzeichnen: Die persönlichen Nettoeinkommen von Personen im Alter ab 65 Jahren, die zuletzt in einem Beamtenverhältnis tätig waren, lagen nach den Daten der ASID-Studie im Jahr 2015 mit durchschnittlich 2.678 Euro (Männer) bzw. 2.330 Euro (Frauen) mehr als eintausend Euro über den durchschnittlichen persönlichen Nettoeinkommen ehemaliger Arbeiterinnen und Arbeiter sowie Angestellter ab

65 Jahren (1.602 Euro bei Männern, 1.116 Euro bei Frauen) (vgl. BMAS 2016, S. 106–107 und die Tabellen BC.25 und 26 im dortigen Anhang).

Bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund haben die Leistungen aus der Gesetzlichen Rentenversicherung mit 69 % einen höheren Anteil an den durchschnittlichen Haushaltseinkommen als in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (63 %) (BMAS 2016, S. 119–120). Gleichzeitig sind die durchschnittlichen Rentenbeträge niedriger als bei den Rentenbezieherinnen und -bezieher ohne Migrationshintergrund (ebd.). Auch die – wie erwähnt verzerrten, da durchschnittlichen – persönlichen Nettoeinkommen der ab 65-Jährigen mit Migrationshintergrund fallen mit 1.014 Euro deutlich geringer aus als die der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund mit 1.428 Euro (ebd., S. 96; vgl. auch Heien und Heckmann 2016, S. 89–99).

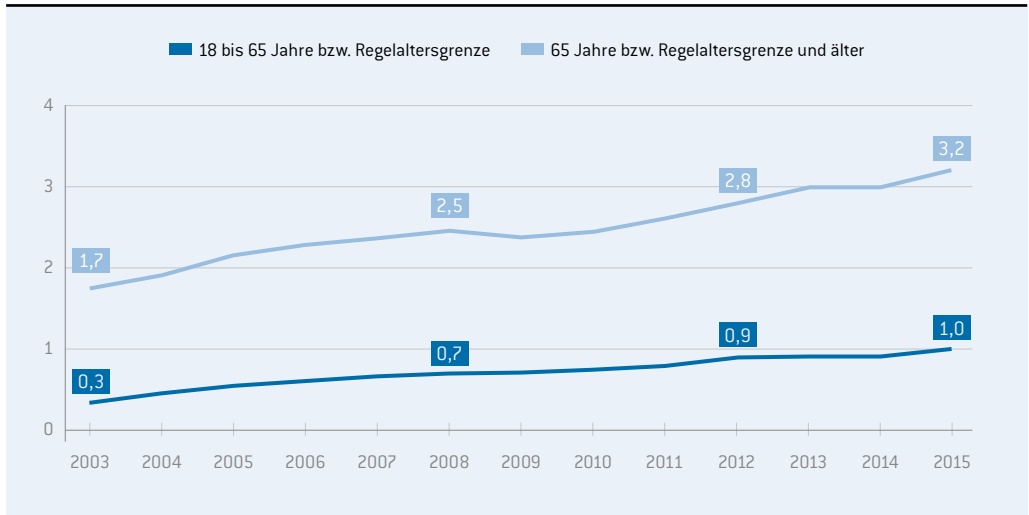
Bezug von »Grundsicherung im Alter«

Nach dem 4. Kapitel des Zwölften Sozialgesetzbuches (SGB XII) können bedürftige Personen ab dem Erreichen der Regelaltersgrenze¹⁵ Sozialhilfeleistungen als »Grundsicherung im Alter« beantragen. Diese werden mit gegebenenfalls vorhandenen Rentenansprüchen verrechnet. Kinder oder Eltern werden nur herangezogen, wenn deren jährliches Gesamteinkommen mehr als 100.000 Euro beträgt.¹⁶ Die statistischen Ämter des Bundes und der Länder (Statistisches Bundesamt 2017e) liefern Angaben zur Situation Ende 2016. Demnach erhielten insgesamt 525.595 Personen, die die Altersgrenze erreicht hatten, Grundsicherungsleistungen – und zwar ganz überwiegend (2016: 459.733) »außerhalb von Einrichtungen«, d. h. in

¹⁵ Vgl. Fußnote 6 auf Seite 19.

¹⁶ Auskunft über die Einkommensverhältnisse müssen Kinder und Eltern von Antragstellenden nur geben, wenn im Einzelfall hinreichende Anhaltspunkte für ein Überschreiten der Einkommensgrenze vorliegen (vgl. § 43 Abs. 5 SGB XII).

Empfängerquoten von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (in Prozent)



» Abb. 6: Empfängerquoten von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung 2003 bis 2015 (in Prozent der jeweiligen Bevölkerungsgruppe am Jahresende). Quelle: IAO 2017e, Abbildung abbVIII51 unter www.sozialpolitik-aktuell.de; Datenbasis: Statistisches Bundesamt 2017, Genesis online; Darstellung verändert.

Privathaushalten. Innerhalb von Einrichtungen, z. B. Pflegeheimen, wurden 65.862 Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherung wegen Alters gezählt (ebd.). Bundesweit bezogen damit insgesamt 3,1 % der Bevölkerung ab Erreichen der Regelaltersgrenze Grundsicherung: 2,9 % der Männer (216.869 Personen) und 3,2 % der Frauen (308.726 Personen) (Statistisches Bundesamt 2018b und 2017e).¹⁷ Die höchsten Quoten verzeichneten die Stadtstaaten Hamburg (7,5 %), Bremen (6,4 %) und Berlin (6,1 %) (Statistisches Bundesamt 2018c). In der Tendenz ist seit Einführung der Leistung ein langsamer, aber beständiger Anstieg der Quote der Leistungs-

beziehenden zu verzeichnen (vgl. Abbildung 6). Ende 2015 verfügten rund 14 % der Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung über keinerlei eigene anrechenbare Einkünfte (BMAS 2016, S. 126–127). Ein vergleichsweise hohes Risiko, im Alter auf Grundsicherungsleistungen angewiesen zu sein, haben Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung, Personen, die in ihrem Leben niemals erwerbstätig waren sowie Personen mit längeren Phasen von Arbeitslosigkeit (fünf Jahre und mehr), aber auch ehemals Selbstständige, die zur Zeit ihrer Selbstständigkeit nur über niedrige Einkünfte verfügten (ebd., S. 127–128).

¹⁷ Während hier die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger laut Sozialhilfestatistik berichtet wird, gibt Tabelle 7 (Seite 20) nur den Anteil derer an, die ihren Lebensunterhalt »überwiegend« aus Leistungen staatlicher Unterstützung bestreiten. Die Angaben aus dem Mikrozensus in Tabelle 7 beruhen auf der jährlichen Bevölkerungsbefragung; die Daten der Sozialhilfestatistik auf den Angaben der zuständigen Träger.

Quoten der Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung (in Prozent)

	Männer	Frauen	Insgesamt
Früheres Bundesgebiet	3,1	3,5	3,3
Neue Länder	2,2	2,0	2,1

» Tab. 13: Quoten der Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter nach Region und Geschlecht Ende 2016 (in Prozent). Quelle: © Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018d, Datenlizenz by-2-0 (<http://www.govdata.de/dl-de/by-2-0>); Datenbasis: Statistisches Bundesamt (Destatis).

Tabelle 13 veranschaulicht das besondere Risiko von Frauen in Westdeutschland, im Alter auf Grundsicherungsleistungen angewiesen zu sein.

Die Zahlen des Statistischen Bundesamtes zum Grundsicherungsbezug spiegeln deutlich die unzureichende ökonomische Absicherung älterer Migrantinnen und Migranten in den alten und neuen Bundesländern wider. Diese erwarben aufgrund der ihnen zum Zeitpunkt der Anwerbung zugewiesenen Rolle auf dem Arbeitsmarkt und den resultierenden, oftmals langjährigen prekären Beschäftigungsbiografien im Durchschnitt nicht nur geringere Rentenanwartschaften als die Bevölkerung mit deutscher Staatsangehörigkeit, sondern verfügen auch über niedrigere durchschnittliche Nettoeinkommen (vgl. S. 21 und S. 46–47). Entsprechend hoch ist die Quote derer, die zur Sicherung ihrer Existenz im Alter auf Leistungen der Grundsicherung angewiesen sind: Ende 2016 waren dies 13,3 % der Männer und 19,8 % der Frauen mit nichtdeutscher Nationalität (Statistisches Bundesamt 2018b).

Die in diesem Teilkapitel berichteten Zahlen zum Renten- und Grundsicherungsbezug verweisen auf die Notwendigkeit, die materielle Lebenslage der älteren Bevölkerung differenziert zu betrachten. Das nächste Kapitel wirft daher einen differenzierten Blick auf die Vermögen, Einkommen und Armutslagen der älteren Bevölkerung in Deutschland.

» 02.6 Vermögen, Einkommen, Armut

Übergreifend betrachtet ist die Altersgruppe der ab 65-Jährigen materiell relativ gut abgesichert. Sie ist – je nach herangezogenem Maßstab und trotz des in den letzten Jahren zu verzeichnenden Anstiegs des Armutsrisikos – durchschnittlich noch immer weniger von Armut betroffen als die Gesamtbevölkerung und auch weniger als für kommende Generationen im Alter prognostiziert wird. Wer materiell abgesichert auf das Altern blicken kann und wer nicht, ist wesentlich durch die (Erwerbs-)Biografie bestimmt. Diese ist u. a. durch soziale Ungleichheitsverhältnisse konturiert: Zwischen den westdeutschen und den ostdeutschen Bundesländern, zwischen den Geschlechtern und den Bildungs-/Qualifikationsgruppen, zwischen Älteren mit und ohne Migrationserfahrung lassen sich bedeutsame Unterschiede in den Einkommen, der Vermögensverteilung und im Armutsrisiko identifizieren.

Vermögenswerte

Die Einkommen der Älteren speisen sich aus vielfältigen Quellen, wie bereits im vorangegangenen Abschnitt deutlich wurde. Im Folgenden stellen wir die Verbreitung und den Umfang des Vermögens an Geld- und Sachwerten (ohne Immobilienbesitz)

Geld- und Sachvermögen im Jahr 2014 (in Euro und Prozent)

Alter und Geschlecht	0	< 5.000	5.000 bis < 25.000	25.000 bis < 100.000	100.000 und mehr
Deutschland					
55 bis 69 Jahre	14,9	14,0	22,9	32,5	15,7
Männer	14,3	14,1	20,9	32,2	18,5
Frauen	15,4	13,9	24,9	32,9	12,9
70 bis 85 Jahre	14,8	15,3	24,6	31,0	14,4
Männer	13,6	10,7	23,6	32,4	19,7
Frauen	15,8	19,4	25,4	29,7	9,7
Westdeutschland					
55 bis 69 Jahre	14,4	12,5	22,3	33,2	17,7
Männer	13,7	12,7	20,3	32,4	20,9
Frauen	15,1	12,2	24,2	34,0	14,5
70 bis 85 Jahre	14,3	14,0	22,5	32,4	16,9
Männer	12,6	9,4	21,6	33,2	23,1
Frauen	15,7	18,1	23,3	31,7	11,2
Ostdeutschland					
55 bis 69 Jahre	17,1	20,6	25,8	29,5	7,0
Männer	17,2	20,2	23,7	31,0	7,9
Frauen	17,0	21,1	27,9	27,9	6,1
70 bis 85 Jahre	17,0	20,5	32,8	25,2	4,5
Männer	17,8	16,1	31,8	29,2	5,1
Frauen	16,3	24,2	33,7	21,9	3,9

» Tab. 14: Verbreitung und Höhe des Geld- und Sachvermögens ohne Immobilienbesitz im Jahr 2014 nach Region, Altersgruppe und Geschlecht (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.

vor. Im DEAS wurde die Verbreitung von Geld- und Sachvermögen zuletzt für das Jahr 2014 untersucht (vgl. Tabelle 14). Für die Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen ergibt sich die folgende Verteilung (Angaben zur Gruppe der 55- bis 69-Jährigen im Folgenden in Klammern): Im Jahr 2014 gaben 14,8 % (14,9 %) der im DEAS befragten Angehörigen

dieser Altersgruppe an, über keinerlei Vermögen zu verfügen; 15,3 % (14,0 %) gaben an, Kleinstvermögen im Wert von unter 5.000 Euro zu besitzen; 24,6 % (22,9 %) hatten 5.000 bis unter 25.000 Euro an Geld- und Sachvermögen (ohne Immobilienbesitz), 31,0 % (32,5 %) konnten auf 25.000 bis unter 100.000 Euro zurückgreifen. Ein Vermögen im

Umfang von 100.000 Euro und mehr gaben 14,4 % (15,7 %) der Befragten 70- bis 85-Jährigen (55- bis 69-Jährigen) an (ebd.).

Der Anteil der Älteren, die über keinerlei Vermögen verfügen, lag nach den Daten des DEAS 2014 in Ostdeutschland bei 17,0 % (70- bis 85-Jährige) bzw. 17,1 % (55- bis 69-Jährige) und in Westdeutschland bei 14,3 % bzw. 14,4 %. Bei den geringfügigen Vermögen von bis zu 5.000 Euro lagen die Anteile mit 20,5 % bzw. 20,6 % in Ostdeutschland deutlich höher als in Westdeutschland mit 14,0 % bzw. 12,5 % (vgl. Tabelle 14). Höhere Geld- und Sachvermögen von 25.000 bis zu 100.000 Euro fanden sich hingegen häufiger in Westdeutschland: Nach dem DEAS 2014 besaß etwa ein Viertel der Befragten in Ostdeutschland und ein Drittel der Älteren in Westdeutschland Geld- und Sachwerte von 25.000 bis unter 100.000 Euro. Vermögen von mehr als 100.000 Euro fanden sich bei den Befragten in Ostdeutschland mit 4,5 % bei den 70- bis 85-Jährigen bzw. 7,0 % bei den 55- bis 69-Jährigen weitaus seltener als in Westdeutschland, wo 16,9 % bzw. 17,7 % über entsprechende Vermögen verfügten. Lejeune und Romeu Gordo (2017, S. 117) erklären die anhaltende Ungleichheit in der Vermögensverteilung zwischen West und Ost damit, »dass Vermögensaufbau ein höheres Einkommen benötigt und somit Konsequenz einer Einkommenshöhe ist, die es erlaubt, Geld zu sparen oder anzulegen.« Die ungleiche Verteilung der Einkommen zwischen den ostdeutschen und westdeutschen Bundesländern zieht daher eine Ungleichverteilung der Vermögen nach sich.

Frauen gaben in Ost- wie Westdeutschland jeweils zu einem geringeren Anteil als Männer sehr hohe Vermögen an (vgl. Tabelle 14 auf Seite 35). Übergreifend betrachtet verfügt je nach Region etwa ein Viertel der 70- bis 85-jährigen Frauen über eine Vermögensreserve von maximal 5.000 Euro – diejenigen eingerechnet, die auf keinerlei Vermögen zurückgreifen können. Dieser Gruppe wird es in

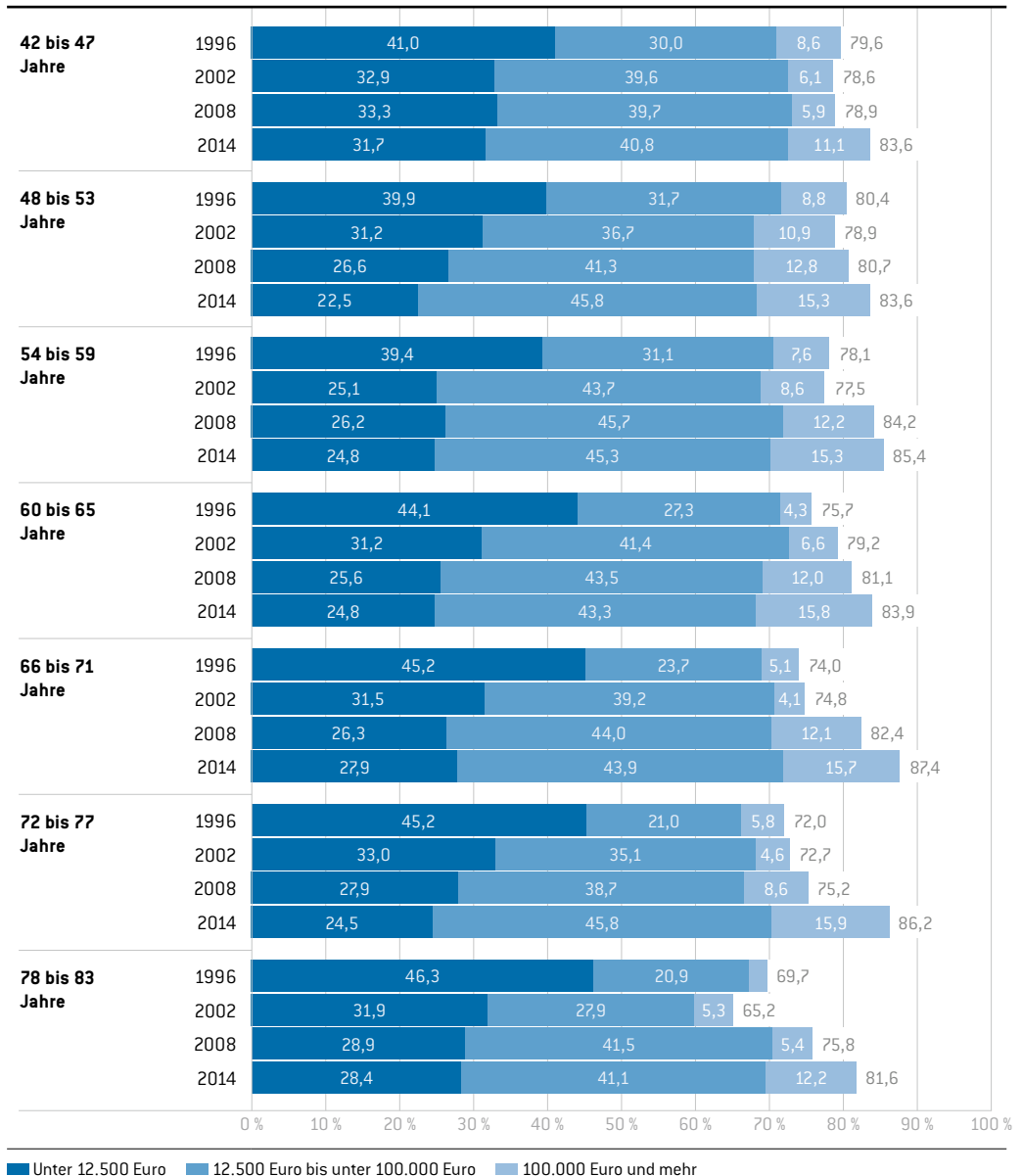
vielen Fällen nicht möglich sein, auf plötzlich eintretende und länger anhaltende zusätzliche Kosten (z. B. bei Hilfebedürftigkeit) eigenständig zu reagieren.

Abbildung 7 zeigt anhand der DEAS-Daten aus den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 die Entwicklung der Verteilung und Höhe der Geld- und Sachvermögen im Zeitverlauf. Zwar kam es zu einer Annäherung der Vermögensverteilung zwischen älteren und jüngeren Altersgruppen, allerdings blieben regionale Unterschiede – d. h. seltenere und im Vergleich geringere Vermögensbestände in Ostdeutschland – bestehen, zudem wuchsen die Ungleichheiten zwischen den Sozialschichten (vgl. Lejeune und Romeu Gordo 2017, S. 111).

Immobilienbesitz, d. h. die Verfügung über Haus-, Wohnungs- oder Grundstückseigentum, ist nicht zuletzt für die Alterssicherung von Bedeutung: Entsprechendes Vermögen ist zwar in der Regel nicht kurzfristig verfügbar, bietet aber eine langfristige Sicherheit und im Falle selbst genutzten Wohnraums die Möglichkeit, mietfrei zu wohnen. Anpassungen des Wohnraumes, z. B. bei eintretenden Einschränkungen der Mobilität, sind nicht von der Zustimmung eines Vermieters abhängig, müssen aber, wie auch der laufende Unterhalt, selbst finanziert werden.

Insgesamt besaßen 68,5 % der im DEAS im Jahr 2014 befragten 70- bis 85-Jährigen (bzw. 72,7 % der 55- bis 69-Jährigen) (oder ihre (Ehe-)Partnerinnen bzw. partner) im Bundesgebiet Vermögen in Form von Immobilien. Am häufigsten gaben dies westdeutsche Männer mit 78,3 % (bzw. 77,7 %), gefolgt von westdeutschen Frauen mit 68,9 % (bzw. 73,8 %) (vgl. Tabelle 15). In Ostdeutschland war Immobilienbesitz trotz des leichten Zuwachses in den letzten Jahren noch immer weitaus seltener als in Westdeutschland: 55,3 % (59,3 %) der Männer und 46,0 % (59,3 %) der Frauen in Ostdeutschland besaßen Haus-, Wohnungs- oder Grundstückseigentum (ebd.).

Geld- und Sachvermögen im Zeitverlauf



» Abb. 7: Anteile und Höhe von Geld- und Sachvermögen nach Alter 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent). Quelle: Lejeune und Romeu Gordo 2017, S. 116; Lizenz: CC BY 2.5, <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>; Datenbasis: DEAS 1996, 2002, 2008 und 2014; Darstellung verändert.

Besitz von Immobilien (in Prozent)

		Deutschland	Westdeutschland	Ostdeutschland
55 bis 69 Jahre	Insgesamt	72,7	75,8	59,3
	Männer	74,3	77,7	59,3
	Frauen	71,1	73,8	59,3
70 bis 85 Jahre	Insgesamt	68,5	73,1	50,1
	Männer	73,8	78,3	55,3
	Frauen	64,2	68,9	46,0

>> Tab. 15: Besitz von Immobilien im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.

Die Betrachtung der Entwicklung der Erbschaften anhand der DEAS-Daten zeigt, dass in den vergangenen 20 Jahren sowohl der Anteil als auch die Höhe von Erbschaften in den Altersgruppen 66 bis 71 Jahre, 72 bis 77 Jahre und 78 bis 83 Jahre signifikant gestiegen sind (vgl. Abbildung 8). Im Jahr 2014 gaben 69,8 % der 66- bis 71-Jährigen an, bereits geerbt zu haben; zwei Drittel von ihnen hatten 12.500 Euro oder mehr geerbt (ebd.). Bei den 72- bis 77-Jährigen waren es zwei Drittel, die bereits geerbt hatten, und bei den 78- bis 83-Jährigen etwas weniger, nämlich 59,7 % (ebd.).

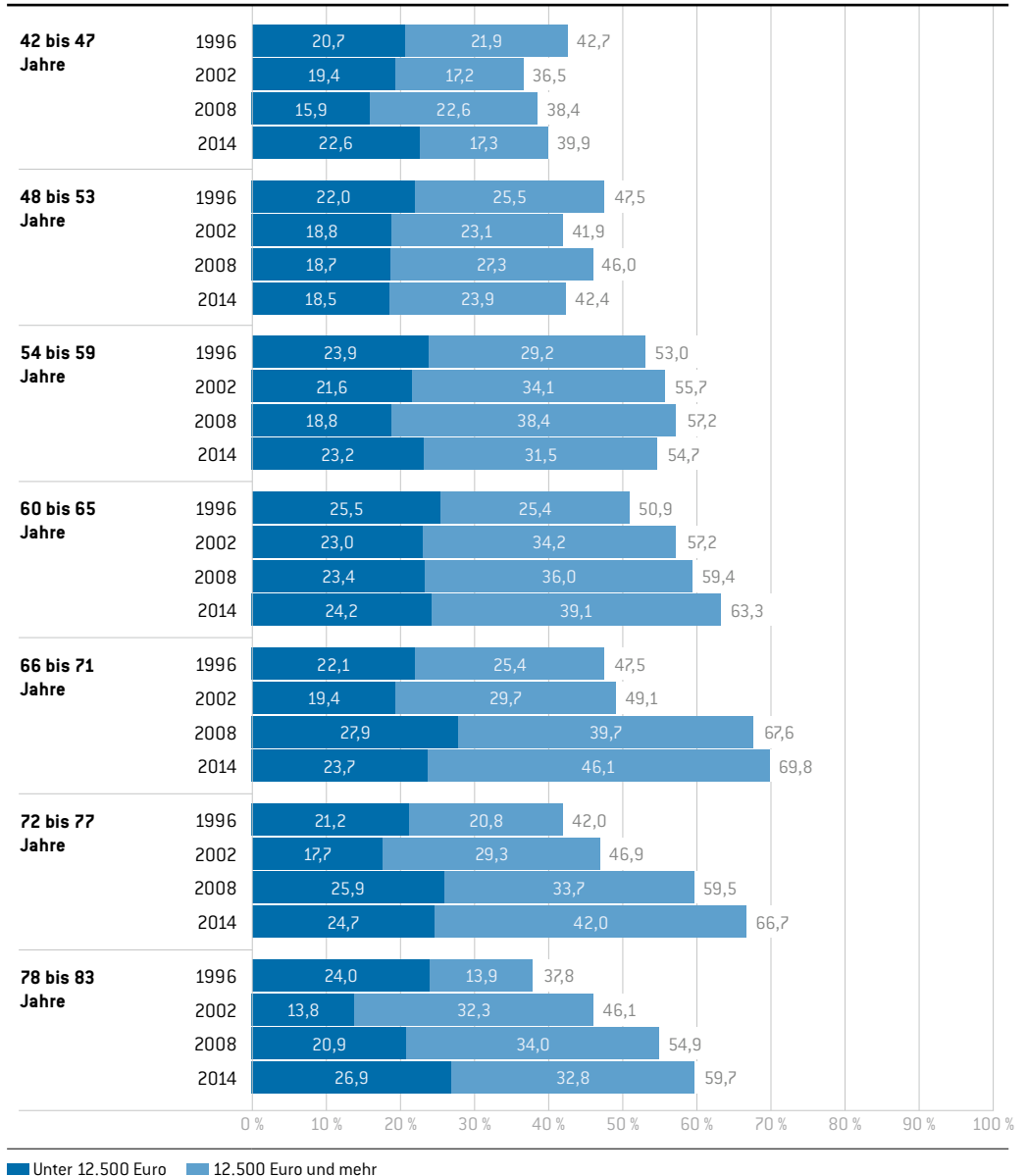
Gesamtgesellschaftlich betrachtet, sind Vermögen sozial ungleich verteilt. Wie die altersgruppenübergreifende Betrachtung der Ergebnisse des DEAS seit 1996 zeigt, wird diese Ungleichverteilung durch Erbschaften fortgeschrieben: Lejeune und Romeu Gordo (2017, S. 123; vgl. auch Abbildung 40 auf Seite 227) führen anhand der DEAS-Daten aus, dass wer einen niedrigen Bildungsstand aufweist bzw. im untersten Quartil der im DEAS definierten Einkommensgruppen positioniert ist, nur halb so oft erbt wie Hochgebildete und Besserver-

dienende. Zudem sind die Unterschiede in der Höhe des Erbes im betrachteten Zeitraum gewachsen.

Die Erhebungen zeigen außerdem, dass Westdeutsche öfter und vor allem deutlich größere Werte erben als Ostdeutsche (vgl. Lejeune und Romeu Gordo 2017, S. 121). Werte von bzw. über 12.500 Euro hatten in Westdeutschland 44,4 % der 70- bis 85-Jährigen und 43,7 % der 55- bis 69-Jährigen geerbt, in Ostdeutschland war der Anteil mit 18,3 % der 70- bis 85-Jährigen bzw. 20,0 % der 55- bis 69-Jährigen nicht einmal halb so groß (vgl. Tabelle 16).

Im DEAS wird auch nach dem Vorhandensein und der Höhe von Kreditschulden gefragt. Die Ergebnisse zeigen, dass unter den Befragten etwa jede zehnte Frau und jeder zehnte Mann im Alter von 70 bis 85 Jahren im Jahr 2014 angab, Kreditschulden zu haben; bei den 55- bis 69-Jährigen traf dies sogar auf rund ein Fünftel bis ein Viertel der Befragten zu (vgl. Tabelle 17). Dabei finden sich Schulden von mehr als 5.000 Euro häufiger bei den 55- bis 69-Jährigen und in West- als in Ostdeutschland: In den alten Bundesländern hatten im Jahr 2014

Erbschaften im Zeitverlauf



» Abb. 8: Anteile und Höhe von erhaltenen Erbschaften nach Altersgruppen in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent).
 Quelle: Lejeune und Romeu Gordo 2017, S. 121; Lizenz: CC BY 2.5, <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>; Datenbasis: DEAS 1996, 2002, 2008 und 2014; Angaben gerundet; Darstellung verändert.

Erbschaften im Jahr 2014 (in Prozent)

Alter/Erbschaft	Westdeutschland			Ostdeutschland			Bundesgebiet		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
55 bis 69 Jahre									
Keine Erbschaft	36,5	33,8	35,1	43,3	45,5	44,4	37,8	36,0	36,9
Unter 12.500 Euro	19,2	23,0	21,1	33,5	37,7	35,6	21,9	25,8	23,9
12.500 Euro und mehr	44,3	43,2	43,7	23,3	16,8	20,0	40,3	38,2	39,3
70 bis 85 Jahre									
Keine Erbschaft	28,3	35,6	32,3	41,3	53,3	48,0	30,8	39,2	35,4
Unter 12.500 Euro	22,2	24,3	23,3	36,5	31,5	33,7	25,1	25,7	25,4
12.500 Euro und mehr	49,5	40,2	44,4	22,2	15,2	18,3	44,1	35,0	39,1

>> Tab. 16: Anteile und Höhe von erhaltenen Erbschaften nach Altersgruppen im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: Mahne u. a. 2017, S. 16, Tabelle A7-3; Lizenz: CC 2.5, <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung auszugsweise und verändert.

18,1 % der 55- bis 69-jährigen Männer gegenüber 8,0 % der 70- bis 85-jährigen Männer Schulden von mehr als 5.000 Euro Höhe; bei den Frauen waren es 13,3 % der 55- bis 69-Jährigen und 5,2 % der 70- bis 85-Jährigen, die angaben, mehr als 5.000 Euro Schulden aus Krediten zu haben. In Ostdeutschland befanden sich 11,7 % der 55- bis 69-jährigen Männer, aber nur 3,6 % ihrer 70- bis 85-jährigen Geschlechtsgenossen in dieser Situation; bei den Frauen betraf dies 16,1 % der 55- bis 69-Jährigen und 2,5 % der 70- bis 85-Jährigen (ebd.).

Haushaltseinkommen

Das durchschnittliche monatliche Nettoeinkommen privater Haushalte in Deutschland wird in den Laufenden Wirtschaftsrechnungen (LWR) der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder für das

Jahr 2015 mit 3.218 Euro beziffert (Statistisches Bundesamt 2017f., S. 13). Haushalte mit einem Haupteinkommensbezieher im Alter von 65 bis unter 70 Jahren erzielten – ungeachtet der diversen Quellen dieses Einkommens – ein durchschnittliches monatliches Haushaltsnettoeinkommen von 2.662 Euro und die 70- bis unter 80-Jährigen von 2.555 Euro (ebd., S. 32).

Werden bei der Berechnung unterschiedliche Haushaltsgrößen berücksichtigt, so ist vom mittleren monatlichen Äquivalenzeinkommen¹⁸ die Rede. Das mittlere monatliche Nettoäquivalenzeinkommen der 40- bis 85-Jährigen belief sich nach Berechnungen auf der Basis des DEAS im Jahr 2014 auf 1.922 Euro (Lejeune u. a. 2017, S. 101). Lejeune u. a. (ebd.) weisen allerdings darauf hin, dass der seit 1996 zu verzeichnende nominelle Anstieg

18 Hierbei wird berücksichtigt, dass Mehrpersonenhaushalte effizienter wirtschaften können und so bei gleichem Pro-Kopf-Einkommen ein höheres Wohlstandsniveau erreichen als Einpersonenhaushalte. Eine Äquivalenzskala weist jeder Person im Haushalt ein Gewicht zu.

Kreditschulden (in Prozent)

Alter und Geschlecht	Keine	< 5.000 Euro	> 5.000 Euro
Deutschland			
55 bis 69 Jahre	75,2	9,5	15,3
Männer	73,0	10,1	16,9
Frauen	77,4	8,8	13,8
70 bis 85 Jahre	89,3	4,9	5,8
Männer	88,3	4,5	7,1
Frauen	90,1	5,3	4,7
Westdeutschland			
55 bis 69 Jahre	74,5	9,9	15,7
Männer	71,1	10,8	18,1
Frauen	77,8	9,0	13,3
70 bis 85 Jahre	89,2	4,3	6,5
Männer	87,9	4,1	8,0
Frauen	90,4	4,4	5,2
Ostdeutschland			
55 bis 69 Jahre	78,4	7,7	13,9
Männer	81,1	7,2	11,7
Frauen	75,7	8,2	16,1
70 bis 85 Jahre	89,5	7,5	3,0
Männer	90,0	6,4	3,6
Frauen	89,1	8,4	2,5

» Tab. 17: Schulden aus Krediten nach Region, Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.

in den Haushaltsnettoeinkommen nicht zu einer höheren Kaufkraft geführt hat; diese ist aufgrund der Preisentwicklung stabil geblieben.

Angehörige der Altersgruppe von 55 bis 69 Jahren schnitten mit einem durchschnittlichen monatlichen Nettoäquivalenzeinkommen von 2.050 Euro besser ab als die jüngeren und älteren Kohorten (vgl. Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 6-1, S. 10).

Die 70- bis 85-Jährigen verfügten danach im Jahr 2014 netto über ein monatliches Äquivalenzeinkommen in Höhe von 1.668 Euro. Jedoch zeigen sich auch hier erhebliche soziale Differenzierungen zwischen Geschlechtern, Bildungsschichten und zwischen Ost und West. Während der Unterschied zwischen 70- bis 85-jährigen Männern (1.935 Euro) und Frauen (1.602 Euro) in Westdeutschland

Einkommensschichtung nach Familienstand (in Prozent)

Nettoeinkommen in Euro	Westdeutschland			Ostdeutschland		
	Ehepaare	Alleinstehende Männer	Alleinstehende Frauen	Ehepaare	Alleinstehende Männer	Alleinstehende Frauen
Unter 750	1	8	9	0	6	4
750 bis 1.000	2	12	16	1	18	15
1.000 bis 1.250	5	13	20	2	19	18
1.250 bis 1.500	7	16	17	6	20	31
1.500 bis 1.750	10	14	14	13	17	20
1.750 bis 2.000	11	12	8	18	12	8
2.000 bis 3.000	36	18	12	49	8	5
3.000 bis 4.000	16	4	2	8	1	0
Mehr als 4.000	11	2	1	3	0	0
Gesamt	100	100	100	100	100	100

>> Tab. 18: Schichtung der monatlichen Nettoeinkommen der Personen im Alter von 65 Jahren und mehr nach Region und Familienstand im Jahr 2015 (in Prozent). Quelle: BMAS 2016, S. 121; Datenbasis: Heien und Heckmann (2016) Alterssicherung in Deutschland 2015 (ASID 2015); Darstellung verändert.

über 300 Euro betrug, lag er in den neuen Bundesländern bei gerade einmal 40 Euro (Männer: 1.363 Euro; Frauen: 1.324 Euro) (ebd.).

Deutlich werden hierbei Ost-West-Unterschiede in der Einkommenshöhe: Ostdeutsche Ältere verfügten netto und gewichtet im Durchschnitt nur über drei Viertel (76,6 %) so viel Einkommen wie die westdeutschen Älteren. Ein Mann im Alter von 70 bis 85 Jahren in Ostdeutschland hatte danach im Jahr 2014 monatlich etwa 572 Euro weniger zur Verfügung als sein Altersgenosse in Westdeutschland, während die Differenz bei den Frauen 278 Euro betrug. In der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre waren es gar 772 Euro monatlich bei den Männern und 576 Euro bei den Frauen (Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 6-1, S. 10).

Anhand einer altersgruppenübergreifenden Auswertung der DEAS-Daten zeigen Lejeune u. a. (2017, S. 103) zudem, dass die Einkommensungleichheit zwischen Bildungsgruppen von 1996 bis 2014 gewachsen ist und für Personen mit niedriger Bildung die Realeinkommen »seit 2002 sogar gesunken« sind (ebd.).

Auch die Lebensform spielt eine Rolle für die Einkommenshöhe: Tabelle 18 zeigt anhand von Daten der ASID-Studie für das Jahr 2015, dass ältere alleinstehende Frauen und Männer besonders stark von niedrigen Einkommen betroffen sind.

Die Auswertung des Mikrozensus zu Haushaltsnettoeinkommen und Haushaltsgrößen macht Angaben zum Anteil von sogenannten »Rentnerhaushalten« in unteren Einkommenspositionen. Als »Rentnerhaushalte« werden im Mikrozensus

Haushalte mit weniger als 900 Euro monatlich

Region*	Alter	Haushaltsgröße	Monatliches Haushaltsnettoeinkommen		
			Haushalte insgesamt (absolut in Tausend)	Haushalte mit weniger als 900 Euro (absolut in Tausend)	Anteil (in Prozent)
Gesamt	65 bis <70 Jahre	Rentnerhaushalte	2.217,0	205,5	9,3
		Darunter: Einpersonen-Haushalte	886,0	189,0	21,3
	70 bis <75 Jahre	Rentnerhaushalte	2.592,0	197,5	7,6
		Darunter: Einpersonen-Haushalte	1.099,0	183,0	16,7
	75 bis <80 Jahre	Rentnerhaushalte	2.832,5	230,5	8,1
		Darunter: Einpersonen-Haushalte	1.387,0	217,0	15,6
West-deutsch-land	65 bis <70 Jahre	Rentnerhaushalte	1.778,0	154,5	8,7
		Darunter: Einpersonen-Haushalte	708,0	141,0	19,9
	70 bis <75 Jahre	Rentnerhaushalte	1.982,0	147,0	7,4
		Darunter: Einpersonen-Haushalte	836,0	133,0	15,9
	75 bis <80 Jahre	Rentnerhaushalte	2.185,0	181,0	8,3
		Darunter: Einpersonen-Haushalte	1.070,5	168,5	15,7
Ost-deutsch-land	65 bis <70 Jahre	Rentnerhaushalte	438,5	51,0	11,6
		Darunter: Einpersonen-Haushalte	178,0	48,0	27,0
	70 bis <75 Jahre	Rentnerhaushalte	610,0	51,0	8,4
		Darunter: Einpersonen-Haushalte	263,0	50,0	19,0
	75 bis <80 Jahre	Rentnerhaushalte	648,0	49,5	7,6
		Darunter: Einpersonen-Haushalte	316,5	48,5	15,3

* Westdeutschland ohne Berlin; Ostdeutschland einschließlich Berlin.

» Tab. 19: Haushaltsnettoeinkommen mit weniger als 900 Euro monatlich und Haushaltsgröße nach Region und Altersgruppe im Jahr 2015 (Haushalte absolut in Tausend und in Prozent, Privathaushalte am Hauptwohnsitz). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Mikrozensus 2015; Darstellung verändert.

Haushalte bezeichnet, bei denen die Haupteinkommensperson Rentnerin oder Rentner ist und den überwiegenden Lebensunterhalt durch die Rente bestreitet. Im Jahr 2015 hatten deutschlandweit

8,3 % der Rentnerhaushalte mit einer Haupteinkommensbeziehenden Person im Alter von 65 bis unter 80 Jahren monatlich weniger als 900 Euro zur Verfügung (vgl. Tabelle 19; eigene Berechnungen).

In Ostdeutschland lag ihr Anteil mit 8,9 % etwas höher als in Westdeutschland, wo er 8,1 % betrug (ebd.). Hauptbetroffene von niedrigem Einkommen sind Rentnerinnen und Rentner im Alter von 65 bis unter 70 Jahren, die in den neuen Bundesländern in Einpersonenhaushalten leben. Im Jahr 2015 mussten 27,0 % von ihnen mit weniger als 900 Euro netto im Monat auskommen. In den alten Bundesländern waren es 19,9 % (vgl. ebd.).

Armut

Zur Definition und Messung von Armut existieren zahlreiche Ansätze und Messgrößen. Seit 2001 hat sich EU-weit zur Definition der so genannten »relativen Armut« der Median des Nettoäquivalenzeinkommens durchgesetzt. Das Äquivalenzeinkommen wird auf Basis des Haushaltseinkommens pro Kopf berechnet und ist bedarfsgewichtet.¹⁹ Der Median ist resistent gegen »Ausreißer« und markiert den Einkommenswert derjenigen Person, die – nachdem alle Personen ihrem Äquivalenzeinkommen nach aufsteigend sortiert wurden – die Bevölkerung in genau zwei Hälften teilt. Das heißt, die eine Hälfte verfügt über mehr, die andere über weniger Einkommen.

Von »relativer Einkommensarmut« betroffen (z. B. nach den Daten des DEAS) bzw. »armutsgefährdet« (z. B. nach dem Mikrozensus) ist demnach, wer weniger als 60 % des Medians des Nettoäquivalenzeinkommens der Bevölkerung zur Verfügung hat. Sowohl der DEAS mit Daten aus dem Jahr 2014 unter Heranziehung des SOEP als auch die Berechnungen des Statistischen Bundesamtes auf Basis des Mikrozensus 2015 untersuchen in diesem Sinne Armutsbetroffenheit bzw. gefährdung. Die im

Rahmen des DEAS errechneten Armutsquoten sind etwas geringer als die des Mikrozensus: Während nach dem Mikrozensus 2014 14,4 % der ab 65-Jährigen armutsgefährdet waren (13,0 % der 50- bis unter 65-Jährigen), waren es nach den DEAS-Daten nur 12,7 % (12,5 % der 50- bis unter 65-Jährigen). Die in der höheren Altersgruppe größere Differenz des DEAS gegenüber der amtlichen Statistik erklären Lejeune u. a. mit möglichen »Selektionseffekten bei älteren Befragten im DEAS« (2017, S. 105). Der DEAS ermöglicht jedoch eine Aufschlüsselung nach Kohorten sowie einen Ost-West-Vergleich, weshalb im Folgenden zunächst diese Daten berichtet werden.

Als arm gilt nach den Kriterien des DEAS, wer monatlich weniger als 60 % des auf Basis der SOEP-Daten bestimmten gesellschaftlichen Medianeinkommens zur Verfügung hat (Lejeune u. a. 2017, S. 100). Im Jahr 2014 lag die so bestimmte Armutsgrenze bei 1.056 Euro (Bundesregierung 2017, S. 551).²⁰ Mahne u. a. (2017, S. 11, Tab. A 6–3) ist zu entnehmen, dass laut DEAS im Jahr 2014 das Einkommen von insgesamt 12,4 % der 55- bis 69-Jährigen und 13,2 % der 70- bis 85-Jährigen unter dieser Schwelle lag. In der Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen, d. h. in der Altersgruppe derjenigen, die zur Zeit des Mauerfalls zwischen 30 und 44 Jahre alt waren, zeigen sich deutliche Ost-West-Unterschiede: Waren laut Daten des DEAS in den alten Bundesländern im Jahr 2014 9,8 % der 55- bis 69-jährigen Männer und 10,8 % der Frauen von relativer Einkommensarmut betroffen, traf dies in Ostdeutschland auf 21,7 % der Männer und 20,8 % der Frauen zu (vgl. Tabelle 20). Diese Zahlen veranschaulichen die Deklassierungserfahrungen

¹⁹ Vgl. Fußnote 18 auf Seite 40.

²⁰ Im Mikrozensus galten im Jahr 2014 jene als armutsgefährdet, deren monatliches Nettoäquivalenzeinkommen unter der Schwelle von 917 Euro lag (Bundesregierung 2017, S. 553).

Objektive Armutsquoten im DEAS (in Prozent)

Alter	Westdeutschland			Ostdeutschland			Bundesgebiet		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
55 bis 69 Jahre	9,8	10,8	10,3	21,7	20,8	21,3	12,1	12,8	12,4
70 bis 85 Jahre	8,6	17,1	13,3	9,4	15,8	13,0	8,8	16,9	13,2

» Tab. 20: Objektive Armutsquoten nach Region, Geschlecht und Altersgruppe (in Prozent). Quelle: Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 6-3, S. 11; Lizenz: CC 2.5, <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung auszugsweise und verändert.

vieler Menschen in Ostdeutschland nach 1989, die sich aufgrund des wirtschaftlichen Strukturwandels und der politischen Veränderungen beruflich häufig völlig neu orientieren mussten. Die hohe Armutsgefährdungsquote der im Jahr 2014 55- bis 69-Jährigen stellt in den kommenden Jahren eine große Herausforderung dar, wenn eine Verfestigung von Altersarmut verhindert werden soll.

Männer im Alter von 70 bis 85 Jahren in Ostdeutschland waren im Jahr 2014 kaum häufiger von relativer Einkommensarmut betroffen als ihre Alters- und Geschlechtsgenossen in Westdeutschland, obwohl sie durchschnittlich ein deutlich geringeres Einkommen aufwiesen als letztere. Es ist zu vermuten, dass sich bei ihnen, die zur Zeit des Mauerfalls zwischen 45 und 60 Jahre alt waren, noch die häufig langen und unterbrechungsarmen DDR-Erwerbsbiographien bemerkbar machen, während derer sie stabile Rentenanwartschaften erwerben konnten.

Die Frauenerwerbsquote in der DDR lag ab den 1970er Jahren um rund 20 % über der bundesrepublikanischen Quote, außerdem war die Einkommensungleichheit zwischen Männern und Frauen weniger ausgeprägt als in der BRD (Schäffen 1998, S. 144). Dies erklärt, weshalb die durchschnittliche Höhe der Rentenzahlbeträge, die ältere Frauen in Ostdeutschland erhalten, signifikant über der ihrer

Altersgenossinnen in Westdeutschland liegt (vgl. Kapitel 02.5 auf Seite 28). Nach den Daten des DEAS für das Jahr 2014 waren Frauen im Alter von 70 bis 85 Jahren in den neuen Ländern mit 15,8 % dennoch fast ebenso häufig von relativer Einkommensarmut betroffen wie Frauen dieses Alters in den alten Bundesländern, wo die Quote 17,1 % betrug (vgl. Tabelle 20). Ein Grund könnte darin liegen, dass Frauen in Westdeutschland stärker von den durchschnittlichen höheren Einkommen ihrer Partner sowie gegebenenfalls von Witwenrenten und Erbschaften profitieren können als gleichaltrige Frauen in Ostdeutschland.

Auf Basis von Daten des SOEP lässt sich der Anteil der armutsgefährdeten Älteren ins Verhältnis zum Anteil derer setzen, die nach der Definition des SOEP als reich gelten, d. h. über mehr als 200 % des jeweiligen Medianeinkommens verfügen (vgl. Bundesregierung 2017, S. 577–578). Aus Tabelle 21 lässt sich – bei einer insgesamt unsteten Entwicklung – ablesen, dass im Jahr 2014 sowohl der Anteil der armutsgefährdeten Älteren als auch der Anteil der reichen Älteren höher lag als zehn Jahre zuvor. Im Jahr 2014 war fast jede siebte Person im Alter ab 65 Jahren von materieller Armut bedroht. Demnach ist der Anteil derjenigen Älteren, die von Armut betroffen waren, fast doppelt so hoch wie jener der reichen Älteren.

Anteile armer und reicher Personen im SOEP (in Prozent)

	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Arm	11,8	13,9	13,4	13,0	12,5	13,7
Reich	6,3	5,8	6,5	6,0	6,0	7,1

» Tab. 21: Anteil der Personen im Alter von 65 Jahren und mehr mit einem Nettoäquivalenzeinkommen von unter 60 % des Einkommensmedians des jeweiligen Jahres (in Prozent) sowie Anteil der Personen im Alter von 65 Jahren und mehr mit einem Nettoäquivalenzeinkommen von mehr als 200 % des Einkommensmedians des jeweiligen Jahres (in Prozent). Quelle: Bundesregierung 2017, S. 551 und 578; Datenbasis: SOEP v32; eigene Darstellung.

Armutsgefährdung von Personen 65 Jahre und älter (in Prozent)

Geschlecht	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Männer	8,7	10,3	10,8	11,1	12,0	12,3	12,6	12,7
Frauen	12,7	13,8	15,0	15,5	16,2	16,1	16,3	16,4
Gesamt	11,0	12,3	13,2	13,6	14,3	14,4	14,6	14,8

» Tab. 22: Armutsrisikoquote auf Basis des Mikrozensus – Anteil der Personen im Alter von 65 Jahren und mehr mit einem Nettoäquivalenzeinkommen von unter 60 % des Einkommensmedians im jeweiligen Jahr (in Prozent). Quelle: Bundesregierung 2017, S. 553; Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, S. 336, S. 352 und S. 368; Datenbasis: Mikrozensus 2005, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 und 2016; Darstellung verändert.

Armutsgefährdung von Personen ohne und mit Migrationshintergrund 65 Jahre und älter (in Prozent)

Geschlecht	Gesamt	Ohne Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund
Männer	12,7	10,3	30,3
Frauen	16,4	14,4	33,5
Gesamt	14,8	12,6	32,0

» Tab. 23: Armutsgefährdungsquote der Altersgruppe ab 65 Jahren im Jahr 2016 nach Migrationsstatus (in Prozent). Quelle: © Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, S. 336, S. 352 und S. 368; Datenbasis: Mikrozensus 2016; Darstellung verändert.

Armutsgefährdung von Personen ohne und mit Migrationshintergrund 65 Jahre und älter und weitere Merkmale (in Prozent)

	Gesamt	Ohne Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund
Ohne Schulabschluss	40,0	27,1	46,8
Einpersonenhaushalt	22,1	20,0	41,4
Überwiegender Lebensunterhalt durch Rente oder Pension	14,1	12,5	28,3

» Tab. 24: Armutsgefährdungsquote der Altersgruppe ab 65 Jahren im Jahr 2016 nach Migrationsstatus und ausgewählten Merkmalen (in Prozent). Quelle: © Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, S. 337 und S. 339; Datenbasis: Mikrozensus 2016; eigene Darstellung.

In den Erhebungen des Mikrozensus wird ein anderer Einkommensmedian ermittelt als auf Basis der SOEP-Daten. Nach diesem waren im Jahr 2014 insgesamt 14,4 % (2016: 14,8 %) der im Alter ab 65 Jahren armutsgefährdet (vgl. Tabelle 22). Die Armutsgefährdungsquote der älteren Bevölkerung ist seit 2005 für beide Geschlechter angestiegen, wobei Frauen durchgängig einem größeren Armutsrisiko ausgesetzt waren als Männer.

Tabelle 23 zeigt, dass Personen im Alter ab 65 Jahren mit Migrationshintergrund mit 32,0 % im Jahr 2016 mehr als doppelt so häufig von Armut bedroht waren wie die Gesamtbevölkerung dieses Alters. Wie oben dargelegt sind die Renten der Älteren mit Migrationshintergrund häufig niedrig (und werden nicht durch andere Einkünfte kompensiert). Dies erhöht ihr Risiko, unter die Armutsgrenze zu fallen. Ein gegenüber dem Durchschnitt der älteren Bevölkerung insgesamt deutlich erhöhtes Armutsrisiko tragen zudem allein lebende Rentnerinnen und Rentner sowie Personen ohne Schulabschluss mit und ohne Migrationshintergrund – wobei die ab 65-Jährigen mit Migrationshintergrund etwa doppelt so häufig von Armut bedroht sind Älteren ohne Migrationshintergrund (vgl. Tabelle 24).

» 02.7 Subjektive Wahrnehmung der materiellen Lebenssituation

Die objektiv vorhandenen finanziellen Ressourcen und die subjektive Wahrnehmung bzw. Bewertung der eigenen materiellen Situation können sich erheblich unterscheiden. Da auch letztere von Bedeutung für das individuelle Wohlbefinden ist, werden im Folgenden Daten zur subjektiven Bewertung des eigenen Lebensstandards sowie zur subjektiven Wahrnehmung der eigenen materiellen Lebenssituation älterer Menschen aus dem DEAS betrachtet (vgl. Lejeune u. a. 2017, S. 107 f.).

Tabelle 25 zeigt deutliche Unterschiede in der subjektiven Bewertung des eigenen Lebensstandards zwischen Ost- und Westdeutschland: Während insgesamt 70,9 % der 55- bis 69-Jährigen bzw. 71,8 % der 70- bis 85-Jährigen in Westdeutschland ihren Lebensstandard im Jahr 2014 als sehr gut oder gut bewerteten, kamen bei den Altersgenossen und -genossen in Ostdeutschland nur 59,3 % (55 bis 69 Jahre) bzw. 63,4 % (70 bis 85 Jahre) zu dieser Einschätzung. In Westdeutschland fällt aller-

Bewertung des Lebensstandards (in Prozent)

	Sehr gut	Gut	Mittel	Schlecht	Sehr schlecht
Deutschland					
55 bis 69 Jahre	16,8	51,9	25,2	5,0	1,1
Männer	15,5	52,5	25,5	5,4	1,1
Frauen	18,1	51,2	25,0	4,7	1,0
70 bis 85 Jahre	13,9	56,2	25,6	3,7	0,6
Männer	16,6	57,0	23,2	2,7	0,5
Frauen	11,6	55,6	27,5	4,5	0,8
Westdeutschland					
55 bis 69 Jahre	18,3	52,6	23,8	4,4	0,9
Männer	17,1	53,1	24,0	4,9	0,9
Frauen	19,4	52,2	23,6	4,0	0,8
70 bis 85 Jahre	15,0	56,8	24,7	3,0	0,5
Männer	18,4	57,6	21,6	1,9	0,5
Frauen	12,2	56,1	27,2	3,9	0,5
Ostdeutschland					
55 bis 69 Jahre	10,7	48,6	31,3	7,6	2,0
Männer	8,5	50,2	31,6	7,6	2,1
Frauen	12,7	47,0	30,9	7,5	1,8
70 bis 85 Jahre	9,4	54,0	29,2	6,4	1,1
Männer	9,4	54,4	29,8	6,1	0,3
Frauen	9,3	53,7	28,7	6,7	1,7

» Tab. 25: Bewertung des Lebensstandards nach Region, Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.

dings bei den 70- bis 85-Jährigen die ausgeprägte Ungleichheit zwischen Männern und Frauen auf: Drei Viertel der Männer, aber nur gut zwei Drittel der Frauen hielten den eigenen Lebensstandard für sehr gut oder gut. Gleichzeitig erachteten nur 2,4 % der Männer dieses Alters in Westdeutschland den eigenen Lebensstandard für schlecht oder sehr schlecht; bei den 55- bis 69-jährigen Männern in

Ostdeutschland fand sich mit 9,7 % der höchste Anteil derjenigen, die die eigene Situation als schlecht oder sehr schlecht einschätzten, dicht gefolgt von den Frauen in Ostdeutschland mit 9,3 %.

Der DEAS liefert außerdem Daten zum Anteil derjenigen, die angeben, monatlich über weniger Einkommen zu verfügen als ihrer eigenen Einschätzung nach notwendig ist, »um in Deutschland

Subjektive Armutsquoten im DEAS (in Prozent)

Alter	Westdeutschland			Ostdeutschland			Bundesgebiet		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
55 bis 69 Jahre	11,1	16,7	14,0	23,3	20,7	22,0	13,4	17,4	15,5
70 bis 85 Jahre	12,2	17,5	15,1	19,8	24,7	22,6	13,7	18,9	16,6

» Tab. 26: Subjektive Armutsquoten nach Altersgruppen, Region und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: Mahne u. a. 2017, S. 11, Tab. A 6-4; Lizenz: CC 2.5, <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung auszugswise und verändert.

gesellschaftlich teilhaben zu können« (Lejeune u. a. 2017, S. 107).²¹ Danach verfügten im Jahr 2014 insgesamt 15,5 % der 55- bis 69-Jährigen bzw. 16,6 % der 70- bis 85-Jährigen nach ihrer eigenen Einschätzung nicht über ein ihre gesellschaftliche Teilhabe sicherndes Einkommen (ebd.). In Ostdeutschland traf dies auf 22,0 % der 55- bis 69-Jährigen und 22,6 % der 70- bis 85-Jährigen zu, in Westdeutschland auf 14,0 % (55 bis 69 Jahre) bzw. 15,1 % (70 bis 85 Jahre) (vgl. Tabelle 26). Signifikant sind die Unterschiede zwischen Ost und West, zwischen den Geschlechtern sowie zwischen unterschiedlichen Bildungsniveaus: Altersgruppenübergreifend schätzten Frauen, Menschen in Ostdeutschland generell oder mit einem niedrigen formalen Bildungsniveau ihre materielle Situation weitaus häufiger schlecht ein als Männer, Menschen in Westdeutschland generell oder mit mittlerem oder hohem formalen Bildungsniveau (vgl. Lejeune u. a. 2017, S. 107).

Im Vergleich mit den objektiven Armutsgefährdungsquoten im DEAS (vgl. Tabelle 20 auf Seite 45) fällt auf, dass die subjektiven Armutsquoten insgesamt leicht, bei den 70- bis unter 85-Jährigen in den neuen Bundesländern sogar deutlich, über

den objektiven Armutsquoten liegen. Die generelle Tendenz könnte z. B. darauf hindeuten, dass im höheren Alter zusätzlich entstehende Bedarfe, z. B. durch Pflegebedürftigkeit, mit dem objektiven Armutsmaß unzureichend erfasst werden. Allerdings erklärt dies nicht die besondere Ausprägung bei den 70- bis unter 85-Jährigen in Ostdeutschland.

Lejeune u. a. weisen andererseits darauf hin, dass ein Teil der befragten Menschen, die nach dem objektiven Maßstab als arm gelten, und zwar insbesondere diejenigen mit einem niedrigen formalen Bildungsniveau, ihre eigene materielle Situation besser einschätzen als dies die jeweiligen Armutsquoten erwarten lassen (Lejeune u. a. 2017, S. 108). Bei den hochgebildeten Befragten war der Anteil derjenigen, die im DEAS 2014 angaben, nicht über ausreichende finanzielle Mittel zu verfügen, hingegen größer als die objektive Armutsquote in dieser Gruppe (ebd.). Lejeune u. a. vermuten, dass dies »möglicherweise mit einer erheblichen Bewältigungsfähigkeit und Resilienz« der erstgenannten Gruppe erklärt werden kann (ebd.), und warnen, diese Wahrnehmung könne »auch dazu führen, dass notwendige Hilfen nicht in Anspruch genommen werden« (ebd.).

21 Zunächst wird danach gefragt, welches Einkommen als notwendig erachtet wird, »um finanziell zurecht zu kommen«; liegt das Einkommen der Befragten unter dieser Grenze, fallen sie unter die so genannte »subjektive Armutsquote« (vgl. Lejeune u. a. 2017, S. 107).

» 02.8 Fazit

Dieses Kapitel gab einen Überblick über die Vielfalt der Lebenslagen, in denen die Ende 2016 rund 12,6 Millionen Menschen im Alter von 65 bis unter 80 Jahren ihr Altern erlebten. Frau oder Mann, in Deutschland, der ehemaligen Sowjetunion, der Türkei oder einem anderen Land geboren, hoch oder (formal) gering qualifiziert, mit einer Erwerbslaufbahn in der DDR oder der Bundesrepublik, mit Vermögen im selbst genutzten Wohneigentum oder im Einpersonenhaushalt ohne Rücklagen, mit ausreichender Altersrente oder Pension, ab 63 im Ruhestand oder mit 69 als Mini-Jobberin aktiv – mit diesen Stichworten ist bereits umrissen, dass die lange Altersspanne von 65 bis 80 Jahren von äußerst heterogenen Bedingungen und nicht zuletzt durch gesellschaftliche Ungleichheiten mitbestimmt ist. Gerade weil der »Schnitt« der Daten dazu verführt, sich einen materiell gut abgesicherten und mit seiner Situation zufriedenen »Durchschnitts-Älteren« vorzustellen, bleibt es zentral, ungleiche Lebenslagen und Vulnerabilitätsrisiken im Blick zu behalten. Wichtige diesbezügliche Befunde führen wir – mit Blick auf die verschiedenen, dem vorangegangenen Abriss zugrundeliegenden Berichtsjahre – nun noch einmal zusammen.

Etwa jede achte Person zwischen 65 und unter 80 Jahren (12 %) verfügt über einen Migrationshintergrund, in städtischen Regionen sind es, mit steigender Tendenz, gut 15 %. Dementsprechend (regional unterschiedlich) groß ist der Bedarf an einer breitgefächerten Palette sozialer Angebote, welche die älteren Menschen unter Beachtung der jeweiligen Migrations- und Erwerbsbiographien in die Hochaltrigkeit begleiten.

Als arm gilt, wer weniger als 60 % des gesellschaftlichen Medianeinkommens zur Verfügung hat. Mehr als jeder Achte der 70- bis 85-Jährigen

war 2014 in diesem Sinne von Armut betroffen.

Frauen im Alter von 70 bis 85 Jahren fielen in West wie Ost ähnlich häufig – zu 15,8 % in Ostdeutschland und 17,1 % in Westdeutschland – unter die Armutsschwelle. Dagegen zeigt sich in der folgenden Kohorte der 55- bis 69-Jährigen vor allem eine ausgeprägte Ost-West-Ungleichheit: 21,7 % der Männer und 20,8 % der Frauen in Ostdeutschland verfügten 2014 über weniger als 60 % des gesellschaftlichen Nettoäquivalenzeinkommens – gegenüber 9,8 % der Männer und 10,8 % der Frauen dieses Alters in Westdeutschland. Diese Daten weisen auf eine große Herausforderung hin, wenn es darum geht, die Verfestigung von Altersarmut zu verhindern. Mit Blick auf die Einkommenspositionen zeigt sich, dass die Hauptbetroffenen von niedrigem Einkommen jene Rentnerinnen und Rentner zwischen 65 und 70 Jahren sind, die in den neuen Bundesländern in Einpersonenhaushalten leben. Mehr als ein Viertel von ihnen musste im Jahr 2015 mit weniger als 900 Euro auskommen. Besonders hoch ist das Armutsrisiko zudem für diejenigen Personen im Alter ab 65 Jahren, die einen Migrationshintergrund haben. Sie waren 2016 mit 32,0 % überproportional häufig von Armut betroffen.

Etwa 15 % der Älteren besaßen im Jahr 2014 keinerlei Vermögen. Je nach Kohorte und Region hatten 12 % bis ein Viertel der älteren Frauen nur eine Vermögensreserve von weniger als 5.000 Euro zur Verfügung. Ihnen wird es in vielen Fällen nicht möglich sein, auf unvorhergesehene Kosten eigenständig zu reagieren. Auch pflegerische Unterstützungsbedarfe, die über die Leistungen, der nicht als bedarfsdeckend konzipierten Sozialen Pflegeversicherung hinausgehen (vgl. Fußnote 2 auf Seite 9 sowie Kapitel 05.1 auf Seite 125), werden sie voraussichtlich nur für eine kurze Zeitspanne selbst finanzieren können, wenn sie nicht gar – auch aus Sorge vor den entstehenden Kosten – gänzlich darauf verzichten.

Weder geringe noch hohe Rentenzahlbeträge sagen für sich betrachtet etwas über die tatsächliche Einkommenssituation der Haushalte aus, da diese durch weitere Einkommensquellen bestimmt sein kann. So sind zwar in den ostdeutschen Bundesländern die Rentenzahlbeträge durchschnittlich höher. Die Renten stellen hier jedoch – anders als in den westdeutschen Bundesländern – die überwiegende Quelle des Einkommens dar. In den alten Bundesländern gehören hingegen auch Pensionen, Einkünfte aus Vermögen oder Unterhaltszahlungen des Partners oder – seltener – der Partnerin zu wichtigen Einkommensquellen.

Bei den 65- bis unter 70-Jährigen bestritten im Jahr 2016 noch 3,8 % der Frauen und 8,6 % der Männer ihren überwiegenden Lebensunterhalt aus Berufstätigkeit, wobei der Anteil in Westdeutschland etwas höher lag als in Ostdeutschland. 2016 wurden im Mikrozensus rund 1,1 Millionen Personen im Alter von 65 bis unter 80 Jahren – immerhin 15,4 % der 65- bis unter 70-Jährigen und 4,6 % der 70 bis unter 80-Jährigen – als erwerbstätig nach dem ILO-Konzept gezählt.

Die Zahlen der Bundesagentur für Arbeit legen ein noch regeres Beschäftigungsgeschehen im Alter nahe: Demnach gab es Ende des Jahres 2016 etwas über eine Million geringfügig Beschäftigter im Alter ab 65 Jahren; das entsprach 5,8 % der Altersgruppe. Mit 97,7 % ging der weit überwiegende Teil von ihnen ausschließlich einer geringfügigen Beschäftigung nach. Als sozialversicherungspflichtig waren bei der Bundesagentur für Arbeit Ende 2016 266.753 Beschäftigte im Alter von 65 Jahren und mehr registriert, 215.663 davon befanden sich jenseits der Regelaltersgrenze für den Renteneintritt. Hinzu zu zählen sind über die Regelaltersgrenze hinaus tätige Freiberufler und Selbstständige.

Ein beträchtlicher Teil derjenigen, die in der Altersgruppe von 60 bis 85 Jahren noch einer Erwerbsarbeit nachgingen, beschrieb im DEAS 2014

belastende Arbeitsbedingungen. Gleichzeitig gaben rund zwei Drittel der erwerbstätigen Altersrentnerinnen und -rentner bzw. Pensionärinnen und Pensionäre an, aus »Spaß an der Arbeit« weiterhin erwerbstätig zu sein. Ein gutes Drittel (Mehrfachnennungen waren möglich) gab an, aus finanziellen Gründen zur Erwerbsarbeit veranlasst zu sein. Insgesamt ist die Datenlage zu diesen wichtigen Fragestellungen unzureichend.

Die in diesem Kapitel berichteten Befunde zeigen, dass ein Teil der älteren und alt werdenden Männer und Frauen nicht am gesellschaftlichen Wohlstand teilhat und dies auch subjektiv als belastend erlebt. Bei den 70 bis 85-Jährigen in Ostdeutschland liegt der Anteil derer, die nach eigener Einschätzung nicht über ausreichende Mittel verfügen, um finanziell zurechtzukommen, höher als die statistische Armutsquote. Eine benachteiligende sozioökonomische Lebenslage geht indes nicht nur per se mit einem höheren Risiko für bestimmte gesundheitliche Beeinträchtigungen einher; sie kann darüber hinaus auch den Zugang zu Ressourcen beeinträchtigen, die für den Erhalt von Gesundheit und Wohlbefinden im Alter von Bedeutung sind, wie z. B. eine angemessene Versorgung mit Wohnraum oder ausreichende finanzielle Mittel für den Erhalt der außerhäuslichen Mobilität und damit für gesellschaftliche Teilhabe und die Aufrechterhaltung sozialer Netzwerke. Eng begrenzt sind für einen Teil der älteren Bevölkerung die Möglichkeiten, im Bedarfsfall die gedeckelten Leistungen der Pflegeversicherung (vgl. Fußnote 2 auf Seite 9) durch privat finanzierte Leistungen zu ergänzen. Besonders und mitunter kumulativ betroffen sind hiervon ältere Menschen mit Migrationshintergrund sowie – je nach Kohorte – Menschen in Ostdeutschland generell und Frauen.

03

» Soziale Beziehungen

Soziale Beziehungen können das Gefühl von Zugehörigkeit, Stabilität und Sicherheit vermitteln. Sie können Hilfe, Trost und Unterstützung bieten, aber auch eine Quelle von Informationen sein. Soziale Beziehungen sind damit eine wichtige Ressource für die Bewältigung psychosozialer Belastungen und für das gesundheitliche Wohlbefinden. Dieses Kapitel widmet sich der Frage, in welchen sozialen Bezügen die Älteren leben. Dargestellt werden zunächst Familienstand, Haushaltsformen, Anzahl der Kinder und Enkelkinder. Anschließend thematisieren wir Formen sozialer (Ein-)Bindung: Was wissen wir über die Familien- und Generationenbeziehungen der Altersgruppe und über die Beziehungen außerhalb der Familienstrukturen? Wem fühlen sich Frauen und Männer emotional verbunden, und von wem werden sie unterstützt, beraten oder getröstet? Nicht zuletzt geht es um die Frage, wie viele Menschen sich einsam oder (gesellschaftlich) ausgeschlossen fühlen.

» 03.1 Lebensformen und Haushalte

Im Deutschen Alterssurvey (DEAS) wird erhoben, wie viele der Älteren in Ehe oder Partnerschaft leben. Fast zwei Drittel der 70- bis 85-Jährigen und 71,6 % der 55- bis 69-Jährigen lebten demzufolge 2014 mit einem Ehepartner zusammen in einem Haushalt (vgl. Tabelle 113 auf Seite 209). Vergleicht man diese Daten mit der ersten Erhebung des DEAS im Jahr 1996, zeigt sich, dass in der Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen der Anteil der Verheirateten aufgrund der höheren Lebenserwartung gestiegen ist: 1996 war nur gut die Hälfte der 70- bis 85-Jährigen verheiratet (Engstler und Klaus 2017, S. 205). Zugleich war der Anteil der Verheirateten in der Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen mit 77,7 % deutlich höher (2014: 71,6 %). Während

Bevölkerung nach Altersgruppen und Familienstand (in Prozent)

	Ledig		Verheiratet*		Verwitwet		Geschieden	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
65 bis 69 Jahre	6,8	4,4	78,1	66,0	4,5	17,6	10,5	12,1
70 bis 74 Jahre	5,4	3,8	78,8	59,4	7,6	26,4	8,2	10,4
75 bis 79 Jahre	4,4	4,0	77,8	48,3	12,0	39,6	5,8	8,0

* Inklusive eingetragener Lebenspartnerschaften.

» Tab. 27: Bevölkerung am 31.12.2015 nach Altersgruppen, Familienstand und Geschlecht (in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017b, S. 33; Datenbasis: Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011; Darstellung auszugsweise und verändert.

im Jahr 1996 6,2 % dieser Altersgruppe geschieden waren oder getrennt lebten, waren es im Jahr 2014 14,8 % (ebd.). Der Anteil an Paaren in nichtehelichen Partnerschaften ist hingegen in beiden Altersgruppen in den letzten 20 Jahren angestiegen und betrug 2014 in der Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen 9,1 % (1996: 3,2 %), bei den 70- bis 85-Jährigen 5,8 % (1996: 2,3 %) (ebd., S. 206).

Tabelle 27 gibt detailliert Auskunft über den Familienstand der Älteren: Hier bestätigt sich, dass die Ehe in dieser Altersgruppe die zentrale Lebensform ist. Insbesondere die Frauen der hohen Altersgruppe sind häufiger als jüngere Frauen und als Männer verwitwet.

Verwitwung

Die Verwitwung bzw. der Verlust der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners ist ein einschneidendes und belastendes Ereignis, dass mit starken Veränderungen einhergeht: Nicht nur eine häufig langjährige Beziehung, auch der gemeinsame Alltag mit vertrauten Routinen geht verloren. Viele Bereiche des Lebens müssen neu organisiert werden. Verwitwung kann sich nicht nur negativ auf die psychische Verfassung, sondern auch auf die körperliche Gesundheit auswirken (vgl. Franke u. a. 2017).

Der Anteil der Verwitweten steigt mit zunehmendem Alter. Deutlich wird dabei, dass Verwitwung ein überwiegend weibliches Phänomen ist: Männer verwitwen deutlich seltener als Frauen (vgl. auch Tabelle 114 auf Seite 209). In der Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen waren 2014 27 % der Frauen und 8 % der Männer, in der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen 42 % der Frauen und 12 % der Männer verwitwet (Statistisches Bundesamt 2016b, S. 63). Dies ist einerseits bedingt durch die höhere Lebenserwartung der Frauen, aber auch dadurch, dass die Mehrzahl der verheirateten Männer eine jüngere Partnerin haben: Im Jahr 2014 waren 79 % der ab 65-jährigen Männer älter als ihre Partnerin (vgl. Abbildung 41 auf Seite 228) (Statistisches Bundesamt 2016b, S. 64).

Die Daten des DEAS zeigen Veränderungen des Familienstands im Zeitverlauf. Hier wird deutlich, wie stark der Anteil der Verwitweten in den letzten Jahren gesunken ist. Im Jahr 1996 waren 52,7 % der 70- bis 85-jährigen Frauen und 14,2 % der gleichaltrigen Männer verwitwet, im Jahr 2014 ist es nur noch ein Drittel der Frauen (33,6 %) und 12,2 % der Männer dieser Altersgruppe (Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A13-1). Dies lässt sich auf die gestiegene Lebenserwartung zurückführen, die zur Folge hat,

Haushaltsgrößen nach Alter der Haupteinkommensbezieher (in Tausend)

Alter der oder des Haupteinkommensbeziehenden	Anzahl Haushalte gesamt	Davon: Einpersonenhaushalte	Davon: Mehrpersonenhaushalte			
			Haushalte gesamt	Haushaltsmitglieder je Haushalt		
				2	3	4+
65 bis 69 Jahre	2.695	1.076	1.619	1.453	127	39
70 bis 74 Jahre	2.382	1.024	1.357	1.281	63	13
75 bis 79 Jahre	2.892	1.413	1.479	1.420	50	8
65 bis 79 Jahre gesamt	7.969	3.513	4.455	4.154	240	60

Anmerkung: Menschen, die in Gemeinschaftsunterkünften wohnen (z. B. in Heimen oder Gefängnissen), werden in den Erhebungen des Mikrozensus zu Privathaushalten nicht berücksichtigt.

>> Tab. 28: Haushaltsgrößen nach Alter der haupteinkommensbeziehenden Person (in Tausend). Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017g, S. 39; Datenbasis: Mikrozensus 2016; Darstellung verändert.

dass Menschen zunehmend erst im höheren Alter verwitwen (Engstler und Klaus 2017, 204 f.).

Haushalte

Die 65- bis 79-jährigen Haupteinkommensbezieherinnen bzw. -bezieher lebten im Jahr 2016 in insgesamt 7.969.000 Haushalten: In 2.695.000 Haushalten war die oder der Haupteinkommensbeziehende 65 bis 69, in 2.382.000 Haushalten 70 bis 74 und in 2.892.000 Haushalten 75 bis 79 Jahre alt (vgl. Tabelle 28).

Einpersonenhaushalte

Vor allem aufgrund von Verwitwung steigt mit zunehmendem Alter der Anteil derjenigen Menschen, die in Einpersonenhaushalten leben (vgl. Abbildung 42 auf Seite 228). Diese werden unabhängig vom Familienstand als Alleinlebende bezeichnet. Rund 40 % der 65- bis 74-Jährigen und 44 % der 75- bis 79-Jährigen wohnten 2016 allein in einem Haushalt (vgl. Tabelle 28). Gut zwei Drittel von ihnen waren Frauen (Statistisches Bundesamt 2017g, S. 43).

Alleinlebende Ältere sind häufig mit anderen Belastungen konfrontiert als Menschen, die einen Haushalt mit Partner, Partnerin oder anderen Personen teilen: Sie weisen ein höheres Risiko von Einsamkeit und mangelnder sozialer Unterstützung auf, auch ihre Armutsgefährdung ist höher als im Durchschnitt (vgl. Kapitel 02 auf Seite 12). Gerade verwitwete Ältere, die den Verlust der Partnerin oder des Partners bewältigen müssen, klagen oftmals über fehlende Unterstützung (vgl. Statistisches Bundesamt u. a. 2008, S. 377, Berechnungen auf Basis des European Social Survey von 2004/2005). Dabei zeigen sich jedoch Unterschiede zwischen Frauen und Männern: Schon 2003 stellte Pinquart fest, dass Männer eher von Einsamkeit und sozialer Isolierung nach einer Verwitwung, Trennung oder Ehescheidung betroffen waren (Pinquart 2003). Aktuellere Erhebungen im Deutschen Alterssurvey zeigen zudem, dass Frauen in der zweiten Lebenshälfte im Durchschnitt größere soziale Netzwerke als Männer aufwiesen (Böger u. a. 2017a, S. 269). Damit haben sie bes-

Bewertung der Lebenssituation ohne Partner (in Prozent)

	Sehr gut	Gut	Mittel	Schlecht	Sehr schlecht
55 bis 69 Jahre	20,7	40,6	26,3	9,4	3,0
Männer	9,5	44,1	30,5	10,8	5,1
Frauen	26,5	38,8	24,2	8,6	2,0
70 bis 85 Jahre	12,9	46,6	29,6	8,6	2,3
Männer	7,1	41,7	36,0	13,4	1,9
Frauen	14,5	48,0	27,9	7,2	2,4

» Tab. 29: Bewertung der Lebenssituation ohne Partner (durch Partnerlose) nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2014; Darstellung verändert.

sere Chancen, bei der Bewältigung eines Verlusts unterstützt zu werden.

Alleinlebende Ledige haben sich wiederum bereits anders auf die Lebensform »Single« eingestellt und sich im Lebenslauf häufig soziale Netzwerkstrukturen geschaffen, die auch im Alter(n) als tragfähig erlebt werden (vgl. Vaskovics u. a. 2000). Weder ist insofern die Gleichsetzung von »allein« und »einsam« richtig, noch können indes Partnerschaften per se als Ressource begriffen werden. Tabelle 29 verdeutlicht, dass (ältere) Frauen ein Leben ohne Partner weniger schlecht bewerteten als (ältere) Männer.

Tabelle 115 im Anhang (Seite 210) zeigt, wie häufig verwitwete Ältere im Jahr 2015 in Einpersonenhaushalten oder in Mehrgenerationen-Konstellationen lebten, also z. B. nach dem Tod des Partners bei einem erwachsenen Kind und ggf. dessen Familie eingezogen sind.

Ein Leben in Partnerschaft kann sowohl Entlastung als auch Belastungen mit sich bringen. Bekannt ist, dass verheiratete Menschen länger leben als Alleinlebende oder Alleinstehende (zusammenfassend RKI 2015, S. 171 f.). Dieser Zusammenhang bildet sich bei Männern stärker ab als bei Frauen. Menschen, die in einer Ehe oder Partnerschaft

leben, verhalten sich seltener gesundheitsriskant und weisen einen besseren Gesundheitsstatus auf als Alleinlebende (ebd., S. 172). Während in vielen Partnerschaften der Partner oder die Partnerin wichtigste Ansprechperson und Quelle von Rat und Trost bleibt (vgl. BMFSFJ 2001, S. 211), können umgekehrt zum Beispiel Gewalt- oder Suchtproblematiken, aber auch die am Partner oder – seltener – an der Partnerin geleistete Pflege oder Hilfeleistung psychisch wie physisch belastend sein.

Auch ohne Bestehen von Pflegebedarf kann eine Partnerschaft mit Arbeitsbelastungen einhergehen: So wird die Hausarbeit weiterhin überwiegend von Frauen erledigt, wobei der Anteil in den neuen Bundesländern etwas geringer ist. 58,8 % der durch den Deutschen Alterssurvey befragten 55- bis 69-Jährigen gaben an, dass die Hausarbeit überwiegend von der Frau erledigt wird (Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 13-4). In der Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen sind es sogar 63,1 %. Ungefähr ein Drittel der Befragten beider Altersgruppen gaben an, dass beide Partner gleich viel Hausarbeit leisten. Nur selten erfolgte die Hausarbeit überwiegend durch den Mann (vgl. Tabelle 30) (Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 13-4).

Überwiegende Zuständigkeit für die Hausarbeit (in Prozent)

Hausarbeit wird geleistet durch:		Westdeutschland	Ostdeutschland	Bundesgebiet
55 bis 69 Jahre	Überwiegend die Frau	60,1	53,6	58,8
	Beide gleich	33,4	41,2	34,8
	Überwiegend den Mann	6,2	4,9	5,9
	Überwiegend Andere	0,4	0,4	0,4
70 bis 85 Jahre	Überwiegend die Frau	64,0	59,5	63,1
	Beide gleich	30,1	34,3	30,9
	Überwiegend den Mann	4,5	4,8	4,6
	Überwiegend Andere	1,4	1,3	1,4

» Tab. 30: Beteiligung an der Hausarbeit nach Altersgruppen und Region im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 13-4; Lizenz: CC 2.5, <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung auszugsweise und verändert.

Zufriedenheit mit der Aufteilung der Hausarbeit (in Prozent)

Zufriedenheit	Westdeutschland			Ostdeutschland			Bundesgebiet		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
55 bis 69 Jahre									
Sehr zufrieden	58,7	37,8	48,8	60,4	45,1	53,0	59,0	39,2	49,5
Eher zufrieden	35,4	38,8	37,1	33,9	36,9	35,3	35,1	38,5	36,7
Weniger zufrieden	5,8	23,4	14,2	5,7	18,1	11,7	5,8	22,4	13,7
70 bis 85 Jahre									
Sehr zufrieden	69,2	47,2	59,5	63,0	43,4	53,8	68,0	46,4	58,3
Eher zufrieden	24,7	31,7	27,8	30,0	36,4	33,0	25,7	32,7	28,8
Weniger zufrieden	6,1	21,1	12,8	6,9	20,2	13,2	6,3	20,9	12,9

» Tab. 31: Zufriedenheit mit der Aufteilung der Hausarbeit nach Altersgruppen, Region und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 13-5; Lizenz: CC 2.5, <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung auszugsweise und verändert.

Gefragt nach der Zufriedenheit mit der Aufteilung der Hausarbeit äußerten Männer größere Zufriedenheit als Frauen (Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 13-5). Etwa zwei Drittel der 70- bis 85-jährigen Männer waren sehr zufrieden, bei den 55- bis 69-jährigen Männern ist der Anteil etwas geringer. Während nur rund 6 % der Männer mit der Aufteilung weniger zufrieden waren, äußerte rund ein Fünftel der Frauen Unzufriedenheit mit dieser Aufteilung (vgl. Tabelle 31).

» 03.2 Familien- und Generationenbeziehungen

Neben Partnerschaften sind Kinder und Enkel wichtige und sinnstiftende soziale Kontakte dieser Altersgruppe. Der Austausch von emotionaler, praktischer oder finanzieller Unterstützung mit ihnen kann den Alltag erleichtern und bereichern. Kinder und Enkel sind zudem für den Zugang zu Informationen hilfreich und können bei der zunehmend be-

deutsameren Nutzung neuer Medien unterstützen. Umgekehrt werden auch nachfolgende Generationen häufig noch praktisch und finanziell unterstützt, was ein Gefühl des Gebrauchtwerdens und der Generativität vermittelt. Andererseits können solche Beziehungen ebenso Belastungen mit sich bringen, z. B. in Form von Generationenkonflikten.

Darüber hinaus ist der Anteil älterer Menschen, die noch lebende Eltern haben, angestiegen: Im Jahr 2014 hatten 12,4 % der 66- bis 71-Jährigen mindestens noch einen lebenden Elternteil, dieser Anteil hat sich seit dem Jahr 1996 verdoppelt (1996: 6,1 %). In der Altersgruppe der 72- bis 77-Jährigen waren es dagegen nur noch 2,4 % (1996: 1,6 %), bei denen mindestens ein Elternteil noch lebte (Mahne und Huxhold 2017, S. 220). Auch die längere Lebenszeit der Eltern kann die soziale Eingebundenheit stärken, diese kann aber ebenso spezifische Belastungen mit sich bringen, wie z. B. das Erbringen von Hilfe- und Pflegeleistungen.

Gefragt nach ihren Familienbeziehungen bewerteten drei Viertel der 55- bis 69-Jährigen und über 80 % der 70- bis 85-Jährigen diese im Jahr 2014 als gut oder sehr gut, rund 5 % beurteilten sie als schlecht oder sehr schlecht (vgl. Tabelle 32).

Bewertung der Beziehung zur Familie (in Prozent)

Region	Altersgruppe	Sehr gut	Gut	Mittel	Schlecht	Sehr schlecht
Bundesgebiet	55 bis 69 Jahre	26,0	50,1	17,7	4,3	1,8
	70 bis 85 Jahre	29,4	53,6	12,8	2,9	1,3
Westdeutschland	55 bis 69 Jahre	26,8	49,0	18,2	4,2	1,8
	70 bis 85 Jahre	29,2	53,7	12,7	3,0	1,6
Ostdeutschland	55 bis 69 Jahre	22,6	54,9	15,9	5,1	1,6
	70 bis 85 Jahre	30,2	53,3	13,3	2,8	0,4

» Tab. 32: Bewertung der Beziehung zur Familie nach Altersgruppen im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2014; Darstellung verändert.

Anzahl lebender Kinder (in Prozent)

	Ich habe				
	Keine lebenden Kinder	Ein lebendes Kind	Zwei lebende Kinder	Drei lebende Kinder	Vier und mehr lebende Kinder
55 bis 69 Jahre	12,8	23,2	44,0	13,7	6,4
Männer	13,8	21,4	43,0	14,3	7,5
Frauen	11,9	24,8	44,9	13,1	5,4
70 bis 85 Jahre	10,3	23,8	39,3	16,7	9,9
Männer	10,7	23,2	40,6	15,9	9,7
Frauen	10,0	24,3	38,3	17,3	10,1

» Tab. 33: Anzahl lebender Kinder nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2014; Darstellung verändert.

Im Zeitverlauf zeigt sich, dass die Bewertung der Beziehungen zur Familie seit 1996 stabil geblieben ist (Mahne und Huxhold 2017, S. 226).

Auch die Frage nach der Bewertung der Partnerschaft wurde überwiegend mit »sehr gut« oder »gut« beantwortet²². Weniger als 10 % der Befragten bewerten ihre Partnerschaft als »mittel« oder schlechter (vgl. Tabelle 116 auf Seite 210).

Verhältnis zu den Kindern

Die große Mehrheit der Altersgruppe, nämlich rund 87 % der 55- bis 69-Jährigen und knapp 90 % der 70- bis 85-Jährigen haben Kinder (vgl. Tabelle 33). Ein gutes Zehntel (12,8 % bzw. 10,3 %) gab an, keine lebenden Kinder zu haben. Während die meisten Kinder der 55- bis 65-Jährigen ein Alter erreicht haben, in dem sie das Elternhaus verlassen und ggf. eigene Familien gegründet haben, erlangen die Nachkommen der 70- bis 85-Jährigen – zumindest teilweise – bereits das Rentenalter.

Ein Großteil der 55- bis 85-Jährigen bezeichnete das Verhältnis zu den erwachsenen Kindern als »eng« (vgl. Tabelle 34). Frauen berichteten dabei von engeren Beziehungen und häufigerem Kontakt zu Kindern, wobei sich keine großen Unterschiede hinsichtlich West- und Ostdeutschland zeigen.

Das enge Verhältnis schlägt sich auch in häufigem – z. B. persönlichem oder telefonischem – Kontakt zu den Kindern nieder (vgl. Tabelle 117 auf Seite 211). Bei über 70 % der hier betrachteten Älteren fand der Kontakt im Durchschnitt mindestens wöchentlich statt (Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 14-5, S. 47).

In sämtlichen Altersgruppen hatten Frauen durchschnittlich häufiger Kontakt zu ihren erwachsenen Kindern. Jeder zehnte Mann trat sogar seltener als einmal monatlich in Verbindung zu seinen Kindern.

In Notfällen, bei Erkrankungen oder Unterstützungsbedarf ist es hilfreich, wenn Kinder in der

22 Gefragt wurde: »Insgesamt betrachtet, wie bewerten Sie Ihre derzeitige Partnerschaft?«

Beziehungsenge zu erwachsenen Kindern (in Prozent)

Alter	Geschlecht	Nicht eng	Mittel	Eng
55 bis 69 Jahre	Männer	6,5	9,0	84,5
	Frauen	1,8	4,6	93,6
70 bis 85 Jahre	Männer	4,6	9,4	86,0
	Frauen	1,5	7,0	91,5

» Tab. 34: Mittlere Beziehungsenge zu den erwachsenen Kindern nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent).
Quelle: Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 14-5; Lizenz: CC 2.5, <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung auszugsweise und verändert.

Nähe wohnen. Die Kontakthäufigkeit und die Beziehungsenge zu den Kindern ist im Vergleich zu 1996 stabil geblieben, obwohl sich die Wohnentfernung seitdem bedeutsam vergrößert hat. Während im Jahr 1996 noch ein gutes Drittel der Kinder in der Nachbarschaft bzw. im gleichen Ort lebte, war es 2014 nur noch rund ein Viertel. Rund ein Fünftel der Kinder lebte mehr als zwei Stunden Wegezeit von den Eltern entfernt (vgl. Tabelle 35).

Enkelkinder

52,3 % der 55- bis 69-Jährigen und 77,2 % der 70- bis 85-Jährigen gaben an, Enkelkinder zu haben (Mahne u. a. 2017, Tabelle A 14-1). 59,5 % der 55- bis 69-jährigen und 71,6 % der 70- bis 85-jährigen Großeltern beschrieben das Verhältnis zu ihren Enkelkindern als »eng« (Mahne und Klaus 2017, S. 239). Ein knappes Viertel der jüngeren Altersgruppe, aber nur jede bzw. jeder Zehnte der älteren Altersgruppe bewertete die Beziehung als nicht eng. Oft sind die Enkel bereits aus dem Betreuungsalter herausge-

Wohnentfernung zum nächsten erwachsenen Kind (in Prozent)

Jahr	Alter*	Nachbarschaft, gleicher Ort	Anderer Ort, maximal 2 Stunden entfernt	Weiter als 2 Stunden entfernt
1996	66 bis 71 Jahre	37,3	46,0	16,7
	72 bis 77 Jahre	34,9	44,8	20,3
2014	66 bis 71 Jahre	25,0	51,7	23,3
	72 bis 77 Jahre	27,9	49,3	22,8

* Im Deutschen Alterssurvey wurde aus methodischen Gründen in einigen Kapiteln in Sechs-Jahres-Altersgruppen unterteilt, um Alters- bzw. Kohortenunterschiede im Wandel untersuchen zu können (Mahne und Huxhold 2017, S. 218).

» Tab. 35: Wohnentfernung zum nächsten erwachsenen Kind nach Altersgruppen im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: Mahne und Huxhold 2017, S. 224; Lizenz: CC 2.5, <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>; Datenbasis: DEAS 1996 und 2014; Darstellung auszugsweise und verändert.

wachsen, insofern überrascht es nicht, dass die Häufigkeit der Betreuung von Enkelkindern durch die 70- bis 85-jährigen Großeltern (18,8 %) im Vergleich zur jüngeren Kohorte der 55- bis 69-Jährigen (41,7 %) geringer war (Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 15-7). Rund die Hälfte beider Altersgruppen hatte dennoch wöchentlichen oder mindestens monatlichen Kontakt zu erwachsenen Enkeln (ebd., Tabellenanhang A 15-4). Über 90 % der Frauen und Männer zwischen 55 und 85 Jahren empfanden ihre Großelternschaft als »wichtig« oder »sehr wichtig«. Als »eher unwichtig« bewerteten sie 7,1 % der 55- bis 69-Jährigen und 8 % der 70- bis 85-Jährigen (Mahne und Klaus 2017, S. 237).

Austausch von Unterstützung

Im DEAS werden auch Unterstützungsleistungen zwischen Eltern, ihren erwachsenen Kindern sowie Enkeln erfasst. Unterschieden werden materielle Unterstützungsleistungen, d. h. Geld- und Sachgeschenke sowie instrumentelle Unterstützung in Form von Hilfsleistungen im Haushalt in den letzten 12 Monaten vor der Befragung (Klaus und Mahne 2017, S. 249 f.). Im Vergleich zum Jahr 1996 lassen sich zwei übergreifende Trends beobachten: Personen zwischen 40 und 85 Jahren leisteten 2014 häufiger materielle Unterstützung an ihre Kinder, Enkel und Eltern und bekommen seltener instrumentelle Hilfe von Kindern und Enkeln als im Jahr 1996 (ebd.).

Mehr als ein Drittel (36 %) der 55- bis 69-Jährigen gab an, mindestens ein lebendes Elternteil zu haben. Von diesen unterstützte ein gutes Viertel (25,9 %) die Eltern durch instrumentelle Hilfen (Klaus und Mahne 2017, S. 252). Dagegen hatten nur noch 2,3 % der 70- bis 85-Jährigen mindestens ein lebendes Elternteil, von denen 16,8 % ihre hochaltrigen Eltern instrumentell unterstützten (ebd., S. 253).

Nicht nur Eltern, auch Kinder wurden durch instrumentelle Hilfe unterstützt. 13,4 % derjenigen

55- bis 69-Jährigen, die Kinder hatten, unterstützten diese durch instrumentelle Hilfe, in der älteren Altersgruppe sind es 6,7 %. Umgekehrt erhielten 11,7 % der 70- bis 85-Jährigen instrumentelle Unterstützung von ihren Kindern und 2,6 % von ihren Enkeln. Dies waren deutlich weniger als im Vergleichsjahr 1996, in dem ein knappes Fünftel von den Kindern und 6,5 % von den Enkeln unterstützt wurde (Klaus und Mahne 2017, S. 251). Klaus und Mahne führen dies u. a. auf die zunehmende Wohnentfernung zwischen den Generationen und auf eine geringere Zahl von Kindern und Enkeln pro Person zurück (ebd.).

Neben der praktischen Unterstützung erfolgten Geld- und Sachleistungen zwischen den Generationen: 37,5 % der 55- bis 69-Jährigen unterstützten ihre erwachsenen Kinder und 15,8 % ihre Enkelkinder mit materiellen Leistungen. Die 70- bis 85-Jährigen dagegen unterstützten häufiger ihre Enkelkinder (28,4 %) als ihre Kinder (6,7 %) (vgl. Abbildung 43 auf Seite 229).

Um Hilfeleistungen im Haushalt zu erfassen, wurde im Deutschen Alterssurvey danach gefragt, ob in den letzten 12 Monaten bei jemanden, der nicht im gleichen Haushalt lebt, Hilfe bei Arbeiten im Haushalt, z. B. beim Saubermachen, bei kleineren Reparaturen oder beim Einkaufen geleistet wurde. Weiterhin wurde erfragt, ob solche Hilfeleistungen empfangen wurden. Im Ergebnis zeigte sich, dass mit zunehmendem Alter das aktive Leisten von Hilfen für andere abnahm, während vermehrt Unterstützung empfangen wurde. Männer gaben häufiger als Frauen an, Hilfe im Haushalt zu leisten. Aus den Daten lässt sich allerdings nicht ablesen, welcher Art diese Hilfe war; vor dem Hintergrund geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung, in der der überwiegende Teil der Haushaltsarbeiten als »Selbstverständlichkeit« von Frauen geleistet wird, sind diese Angaben mit Vorsicht zu interpretieren (vgl. Tabelle 36).

Geleistete und empfangene Hilfe im Haushalt (in Prozent)

Altersgruppe	Geschlecht	Habe anderen Hilfe im Haushalt geleistet	Habe Hilfe im Haushalt erhalten
55 bis 69 Jahre	Insgesamt	41,7	28,9
	Männer	48,3	30,0
	Frauen	35,4	27,8
70 bis 85 Jahre	Insgesamt	22,6	32,4
	Männer	29,6	32,9
	Frauen	17,0	32,0

» Tab. 36: Geleistete und empfangene Hilfe im Haushalt in den letzten 12 Monaten nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2014; Darstellung verändert.

» 03.3 Soziale Netzwerke und außerfamiliäre Beziehungen

Enge Beziehungen und Freundschaften sind wichtig für soziale Aktivitäten, für die emotionale Unterstützung und können so eine bedeutsame Ressource für die Bewältigung kritischer Lebensereignisse sein. Im Deutschen Alterssurvey wurde nach den Personen im engen sozialen Netzwerk gefragt, wobei z. B. Verwandte, aber auch Freundinnen und Freunde genannt werden konnten. Die 55- bis 69-Jährigen zählten durchschnittlich 4,9 Personen, die 70- bis 85-Jährigen 4,5 Personen zu ihrem engen Netzwerk (Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 17 1). Der geringe Unterschied zwischen den Altersgruppen überrascht, wenn man davon ausgeht, dass die 70- bis 85-jährigen Menschen aufgrund der höheren Sterblichkeit dieser Altersgruppe wahrscheinlich bereits häufiger vom Verlust nahestehender Personen betroffen waren. Insbesondere 70- bis 85-Jährige in Ostdeutschland

nannten weniger nahestehende Personen als Befragte in Westdeutschland. Ein Fünftel der Frauen und Männer gaben keine oder nur eine nahestehende Person an. Während in der jüngeren Altersgruppe Frauen insgesamt mehr nahestehende Personen angaben als Männer, zeigte sich dieser Unterschied bei den 70- bis 85-Jährigen nicht (vgl. Tabelle 118 auf Seite 212).

Bei alleiniger Betrachtung der außerfamiliären Beziehungen zeigte sich, dass 56,9 % der 55- bis 69-jährigen Befragten mindestens eine befreundete Person im engen Netzwerk angaben. Bei den 70- bis 85-Jährigen war es knapp die Hälfte (49,1 %) und damit etwas weniger (Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 17-5). Hier ist der Anteil der Frauen, die enge Freundschaften angaben, in beiden Altersgruppen etwas höher (ebd.).

Gut drei Viertel der 55- bis 69-Jährigen und zwei Drittel der 70- bis 85-Jährigen besuchten mindestens einmal im Monat oder häufiger Freundinnen und Freunde bzw. Bekannte oder luden diese ein. Allerdings gaben 8,1 % der 70- bis 85-Jährigen in Ostdeutschland an, dass sie nie Freunde oder

Bekannte besuchten oder diese einluden – in Westdeutschland waren es 5,2 % der Altersgruppe (vgl. Tabelle 119 auf Seite 213).

Soziale Freizeitaktivitäten, d. h. Freizeitaktivitäten, die mit anderen Personen, wie Verwandten und Freundschaften zusammen ausgeübt werden, haben seit 1996 in allen Altersgruppen zugenommen (Böger u. a. 2017a, S. 262). Auch außerfamiliäre Kontakte spielten dabei eine Rolle: 63,3 % der 66- bis 71-Jährigen und 53,4 % der 72- bis 77-Jährigen unternahmen mindestens einmal in der Woche eine Freizeitaktivität gemeinsam mit befreundeten Personen (Böger u. a. 2017a, S. 267). Je höher der Bildungsstand war, desto größer war der Anteil der Personen, die Aktivitäten mit Freundinnen oder Freunden berichteten (ebd.).

Im Deutschen Alterssurvey wird zudem das Potenzial für informationelle und emotionale Unterstützung erhoben, indem erfragt wird, ob soziale Kontakte Quelle von Rat oder Trost sind (Böger u. a. 2017a, S. 260). Die befragten 55- bis 69-Jährigen nannten im Durchschnitt 2,3 Personen, die 70- bis 85-Jährigen zwei Personen aus dem familiären oder außerfamiliären Umfeld, die Rat geben können (Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 17-2).

Mindestens eine befreundete (nicht-verwandte) Person, die Rat geben kann, nannten 38,9 % der 55- bis 69-Jährigen und 25,9 % der 70- bis 85-Jährigen (Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 17-6). Auch hier gaben Frauen in der jüngeren Altersgruppe mehr Personen an als Männer. In beiden Altersgruppen ist im Vergleich zu früheren Erhebungen der Anteil derjenigen, die mindestens eine befreundete Person anführten, die ihnen Rat geben kann, deutlich angestiegen (ebd.).

Zur Erhebung des Potenzials an emotionaler Unterstützung wurden die Befragten nach Personen gefragt, an die sie sich wenden können, wenn sie Trost oder Aufmunterung benötigen (Böger u. a. 2017a, S. 260). Die 55- bis 69-Jährigen nannten

im Mittel zwei Personen, die 70- bis 85-Jährigen 1,7 Personen, die Trost spenden würden (Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 17-3), wobei hier Familienmitglieder eingeschlossen waren. Aber auch Freundschaften wurden als Quelle von Trost genannt: Ein gutes Drittel (34,8 %) der 55- bis 69-Jährigen und 22 % der 70- bis 85-Jährigen nannten mindestens eine befreundete Person, die Trost geben kann. Hier zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Während 45,3 % der 55- bis 69-jährigen Frauen Trost oder Aufmunterung bei mindestens einer befreundeten Person fanden, war es nur ein knappes Viertel (23,8 %) der gleichaltrigen Männer. Bei den 70- bis 85-Jährigen waren es 29,1 % der Frauen und nur 13,3 % der Männer, die angaben, bei Befreundeten Trost zu finden (Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 17-7). Ebenso wie der Anteil derjenigen, die Rat bei Freundinnen und Freunden suchen, hat sich der Anteil derjenigen, die Trost bei diesen finden, im Vergleich zu 1996 stark erhöht (ebd.).

» 03.4 Einsamkeit und soziale Exklusion

Einsamkeit besteht, wenn die Anzahl oder die Qualität von persönlichen Kontakten nicht mit den eigenen Bedürfnissen an Beziehungen übereinstimmt (Böger u. a. 2017b, S. 274). Die Wahrnehmung von Einsamkeit muss nicht unmittelbar mit der Anzahl der sozialen Beziehungen zusammenhängen. Einsamkeit kann wahrgenommen werden, obwohl das soziale Netzwerk groß ist. Trotzdem trifft das Empfinden von Einsamkeit häufig auf einen gleichzeitigen Mangel an sozialen Beziehungen. Menschen in der zweiten Lebenshälfte (40 bis 85

Empfundene Einsamkeit (in Prozent)

Altersgruppe	Geschlecht	Eher gering	Mittel	Eher hoch
55 bis 69 Jahre	Insgesamt	72,8	25,4	1,8
	Männer	70,6	27,5	1,9
	Frauen	74,9	23,4	1,7
70 bis 85 Jahre	Insgesamt	76,0	22,5	1,6
	Männer	74,3	24,7	1,0
	Frauen	77,4	20,6	2,0

» Tab. 37: Empfundene Einsamkeit nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2014; Darstellung verändert.

Jahre) mit niedriger Bildung und weniger Einkommen gaben nicht nur kleinere soziale Netzwerke an, sie fühlten sich auch häufiger einsam als Personen mit mittlerer und hoher Bildung (ebd., S. 278).

Darüber hinaus ist die Verwitwung ein mögliches Risiko für Einsamkeit. Wie bereits dargestellt, erleben vor allem ältere Frauen den Tod des Partners. Dennoch zeigen die Erhebungen des DEAS, dass sich der Anteil einsamer Menschen nicht bedeutend zwischen Männern und Frauen unterscheidet (Böger u. a. 2017b, S. 278).

Im Zeitvergleich wird aber auch deutlich, dass insbesondere Menschen ab 72 Jahren im Jahr 2014 seltener angaben, sich einsam zu fühlen als im Jahr 1996 (Böger u. a. 2017b, S. 277). Zurückgeführt wird dies unter anderem darauf, dass Menschen dieser Altersgruppe häufiger noch in Partnerschaft leben (Engstler und Klaus, S. 205), da sie durch die gestiegene Lebenserwartung erst zu einem späteren Zeitpunkt verwitwen. Zusätzlich haben, wie bereits oben ausgeführt, außerfamiliäre

Kontakte im Vergleich zum Jahr 1996 an Bedeutung gewonnen.

Tabelle 37 zeigt die empfundene Einsamkeit der verschiedenen Altersgruppen nach Männern und Frauen. Rund drei Viertel der Befragten gaben geringe Einsamkeit an. Hohe Einsamkeit berichteten nur 1 bis 2 % der 55- bis 85-Jährigen.

Im Deutschen Alterssurvey wurde außerdem nach dem Gefühl der gesellschaftlichen ausgeschlossenheit gefragt.²³ 5,5 % der 55- bis 69-Jährigen und 7 % der 70- bis 85-Jährigen gaben an, sich gesellschaftlich ausgeschlossen zu fühlen (Böger u. a. 2017b, S. 280). Bei Betrachtung aller befragten Altersgruppen (in der Spanne der insgesamt befragten 40- bis 85-Jährigen) zeigte sich, dass diejenigen, die über ein niedriges Bildungsniveau und ein geringes Einkommen verfügten, häufiger ein Gefühl der Exklusion angaben (ebd.). Weiterhin gaben Menschen, die sich gesellschaftlich ausgeschlossen fühlten, auch häufiger an, einsam zu sein (ebd., S. 281 f.). Sozioökonomische

²³ Mit insgesamt vier Fragen wurde die Zustimmung zu Aussagen wie z. B.: »Ich habe das Gefühl, gar nicht richtig zur Gesellschaft zu gehören«, »Ich habe das Gefühl, im Grunde gesellschaftlich überflüssig zu sein« erfragt (Böger u. a. 2017b, S. 276).

Notlagen, damit einhergehende geringe Handlungsspielräume sowie geringe soziale Unterstützung können sich mit zunehmendem Alter verstärken, da beispielsweise Ressourcen fehlen, um gesundheitliche Einschränkungen zu kompensieren oder soziale Beziehungen zu pflegen. Andersherum können sich die wahrgenommene gesellschaftliche Ausgeschlossenheit und Einsamkeit negativ auf die Gesundheit und auf das Wohlbefinden auswirken (Hawkey und Cacioppo 2010, zitiert nach Böger u. a. 2017b, S. 282).

» 03.5 Fazit

In der weiten Altersspanne zwischen 65 und 80 Jahren sind soziale Beziehungsstrukturen einerseits einem Wandel unterworfen und stellen andererseits ihre Stabilität unter Beweis. Familienbeziehungen werden – wie in früheren Erhebungen – mehrheitlich als gut bewertet. Auch wenn die erwachsenen Kinder zunehmend weiter entfernt leben, wird der Kontakt zu ihnen und auch zu den Enkelkindern mehrheitlich als wichtig und eng wahrgenommen. Die finanzielle Unterstützung der Kinder und Enkel durch die Älteren hat zugenommen, während instrumentelle Unterstützung durch die Kinder seltener geworden ist. Letzteres wird u. a. auch eine Folge der gewachsenen Wohnentfernung sein.

Auch Partnerschaften verändern sich: Unter den Jüngeren der betrachteten Altersgruppe nimmt der Anteil der nichtehelichen Partnerschaften zu, so dass in Zukunft auch ein steigender Anteil unverheiratet zusammenlebender Älterer erwartet werden kann.

Doch das – biografisch ebenso wie milieuhängig unterschiedliche – Altern innerhalb der 15 Jahre zwischen 65 und 80 verursacht auch tiefgrei-

fende Veränderungen in den sozialen Beziehungen: Enkelkinder entwachsen dem Betreuungsalter, noch lebende eigene Eltern werden zunehmend hilfe- oder pflegebedürftig oder versterben. Mit zunehmendem Alter und der Erfahrung körperlicher Einschränkungen werden diejenigen, die andere im Haushalt unterstützt haben, selbst zu Empfängerinnen und Empfängern solcher Hilfeleistungen.

Eine Folge der gestiegenen Lebenserwartung ist ein geringerer Anteil verwitweter Personen der hier betrachteten Altersgruppe. Dennoch erlebt etwa ein knappes Drittel der Frauen den Tod des Partners – häufig, nachdem sie ihn in seinen letzten Lebensjahren unterstützt und/oder gepflegt haben. Männer verwitwen weitaus seltener, da sie mehrheitlich älter als ihre Partnerinnen sind und zudem eine kürzere Lebenserwartung als Frauen haben.

Außerfamiliäre Beziehungen haben an Bedeutung gewonnen. So finden Menschen häufiger Rat und Trost bei befreundeten Personen als früher. Dennoch stehen Verwitwete, anders als Ledige, nach dem Tod des Partners oder der Partnerin meist vor der Herausforderung, sich auf ein Leben in einem Einpersonenhaushalt umstellen und ihre sozialen Beziehungen neu gestalten zu müssen. Angebote, die soziale Teilhabe ermöglichen und verstetigen und dabei die Älteren in ihren Bedürfnissen und Interessen ansprechen, können in dieser Lebensphase deshalb besonders wichtig sein. Eine sozialräumliche Gestaltung des Wohnumfeldes, die zum Aufenthalt im öffentlichen Raum einlädt, ist dafür ebenso von Bedeutung wie niedrigschwellige Angebote, z. B. in Seniorenzentren oder Nachbarschaftstreffen, die das Knüpfen und Aufrechterhalten sozialer Kontakte erleichtern. Besonders bedeutsam sind diese niedrigschwelligen Angebote vor dem Hintergrund des Zusammenhangs zwischen Armut, dem Gefühl gesellschaftlich ausgeschlossen zu sein und Einsamkeit.

04

» Gesundheit

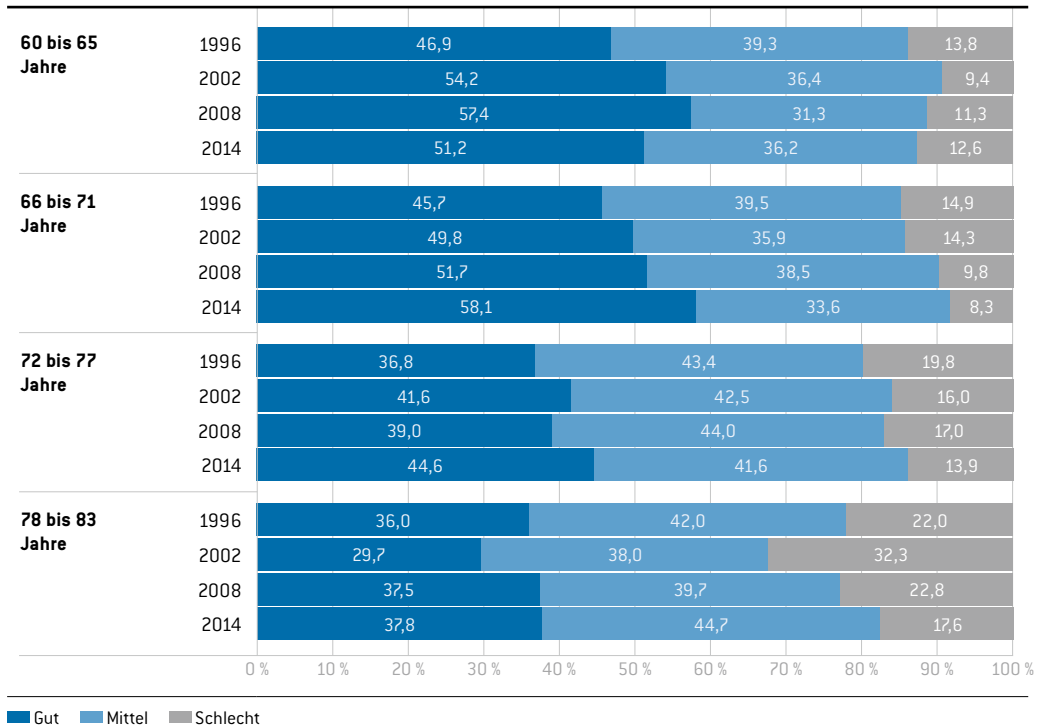
Gesundheitliche Einschränkungen und deren Bewältigung spielen mit zunehmendem Alter eine größere Rolle im Alltag. Während der Anteil der gesundheitlich eingeschränkten Menschen im Alter von 65 Jahren noch relativ gering ist, steigt in den nächsten 15 Lebensjahren der Anteil von Menschen mit komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, welche die selbstständige Lebensführung gefährden können, stark an.

» 04.1 Gesundheitliche Lage

Alterungsprozesse verlaufen individuell sehr unterschiedlich, ebenso differiert das Auftreten von Krankheiten und funktionellen Einschränkungen. So besteht bekanntermaßen ein Zusammenhang zwischen gesundheitlicher Situation und sozioökonomischem Status²⁴, der sich in einer größeren Häufigkeit bestimmter Erkrankungen (z. B. koronarer Herzkrankheit und Diabetes mellitus) bei Men-

24 Der sozioökonomische Status wird durch Bildungs- und Berufsabschlüsse sowie Einkommen abgebildet. In den Studien des Robert Koch-Instituts wurden Bildungsgruppen durch eine standardisierte Vorgehensweise bestimmt (z. B. ISCED, CASMIN), die schulische und berufliche Bildungsabschlüsse berücksichtigt. Das Einkommen wird als Netto-Äquivalenzeinkommen berechnet (Lampert u. a. 2016, S. 5).

Subjektive Gesundheit



» Abb. 9: Subjektive Gesundheit nach Altersgruppen in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent). Quelle: Spuling 2017a, S. 163; Lizenz: CC BY 2.5, <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>; Datenbasis: DEAS 1996, 2002, 2008, 2014; Darstellung verändert.

schen mit niedrigerem Status zeigt (vgl. RKI 2017a) und bis ins Alter feststellbar ist. Eine differenzierte Betrachtung macht unterschiedliche Einflüsse auf die gesundheitliche Lage im Alter deutlich: Soweit es die Datenlage erlaubt, werden die Daten im Folgenden daher geschlechtsspezifisch, nach sozioökonomischem Status oder Bildungsgruppen, für Ost- und Westdeutschland getrennt sowie unterschieden nach Menschen mit und ohne Migrationshintergrund dargestellt. Repräsentative Daten zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund oder von in Deutschland

lebenden Ausländerinnen und Ausländern dieser Altersgruppe liegen allerdings kaum vor.

Weiterhin ist zu beachten, dass in vielen Untersuchungen die Altersgruppen ab 65 Jahren nicht weiter differenziert werden, so dass in die Ergebnisse häufig auch die Befunde der über 80-Jährigen einfließen.

Subjektive Gesundheit

Die subjektive Gesundheit bezeichnet die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands durch die Befragten selbst. Sie gewinnt mit zunehmendem

Alter an Bedeutung: Zum einen zeigen Studien, dass der objektiv messbare Gesundheitszustand einer Person und ihre Selbsteinschätzung im höheren und hohen Alter nur noch selten übereinstimmen. Zum anderen eignet sich die subjektive Gesundheitseinschätzung im höheren Alter besser zur Vorhersage für Mortalität als der objektive Gesundheitszustand, da sie den Gesundheitszustand umfassender widerspiegelt und auch die Lebenssituation mit einbezieht (Spuling u. a. 2017a, S. 158 f.). Die Erhebungen der DEGS1-Studie (2008 bis 2011)²⁵ (RKI 2015, S. 32) zeigen, dass die Anteile der Frauen und Männer, die ihre Gesundheit als »sehr gut« oder »gut« einschätzen, mit zunehmenden Alter stetig sinken, wobei Männer in allen Altersgruppen geringfügig häufiger über eine gute bzw. sehr gute Gesundheit berichteten als Frauen (vgl. Abbildung 44 auf Seite 230).

Im Deutschen Alterssurvey (DEAS) werden die Befragten um eine Bewertung ihres derzeitigen Gesundheitszustands gebeten. Die Antworten »sehr gut« und »gut« werden zu »gute subjektive Gesundheit« zusammengefasst, die Antworten »schlecht« und »sehr schlecht« zu »schlechte subjektive Gesundheit«, die Antwort »mittel« als Kategorie belassen. Der Anteil der 66- bis 77-Jährigen, die ihre Gesundheit als gut bezeichnen, ist seit dem Jahr 1996 statistisch bedeutsam angestiegen (Spuling u. a. 2017a, S. 163). Im Jahr 2014 berichteten 58,1 % der 66- bis 71-Jährigen, 44,6 % der 72- bis 77-Jährigen und 37,8 % der 78- bis 83-Jährigen von sehr guter oder guter Gesundheit. Im Jahr 1996 waren es noch 45,7 % der 66- bis 71-Jährigen,

36,8 % der 72- bis 77-Jährigen und 36,0 % der 78- bis 83-Jährigen gewesen (vgl. Abbildung 9).

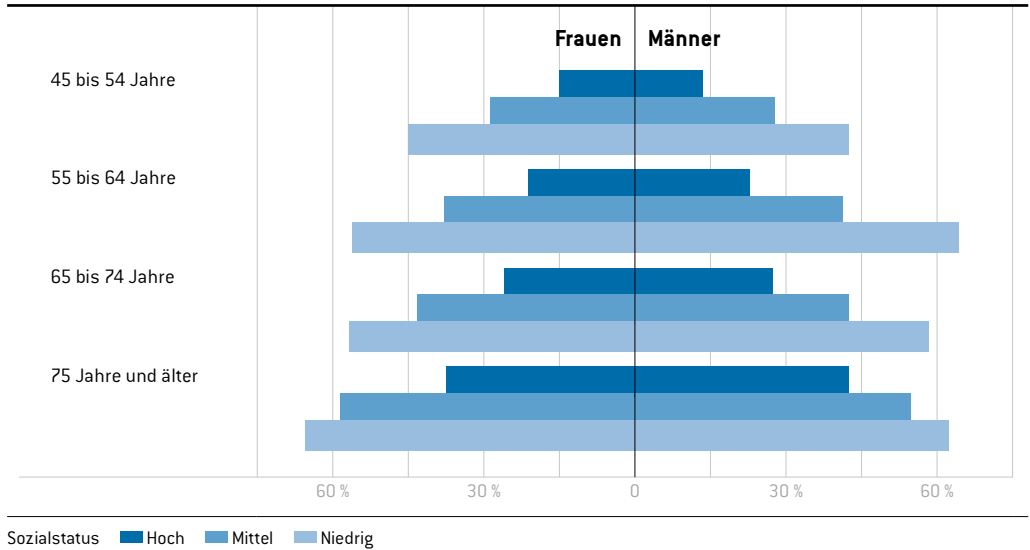
Bei Betrachtung der zusammengefassten Daten der GEDA-Studien aus den Jahren 2009, 2010 und 2012 zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen dem sozialen Status und dem selbst-eingeschätzten Gesundheitszustand: Frauen und Männer mit niedrigem sozialem Status schätzten ihre Gesundheit deutlich häufiger mittelmäßig oder schlecht ein (vgl. Abbildung 10).

Im DEAS 2014 werden auch differenzierte Angaben von Migrantinnen und Migranten der ersten Generation dargestellt. Insgesamt berichteten 23 % der Migrantinnen und Migranten, die 65 Jahre und älter waren, über schlechte oder sehr schlechte Gesundheit im Vergleich zu 14 % der Personen ohne Migrationshintergrund (Nowossadeck u. a. 2017, S. 32). Weiterhin werden Angaben von Menschen mit unterschiedlicher Migrationserfahrung²⁶ berichtet, allerdings wird dabei nicht nach Altersgruppen unterschieden, sondern die gesamte Gruppe der 40- bis 85-Jährigen betrachtet. Es zeigen sich große Unterschiede in der Einschätzung der subjektiven Gesundheit: 27 % der ehemaligen Arbeitsmigrantinnen und -migranten gaben eine schlechte oder sehr schlechte Gesundheit an und damit häufiger als (Spät-)Aussiedlerinnen und -aussiedler (14,4 %) oder andere Migrantinnen und Migranten (13,2 %) (Nowossadeck 2017 u. a., S. 31).

25 Die nächste Erhebung zur Gesundheit Erwachsener (DEGS) des Robert Koch-Instituts befand sich zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Fachheftes in der Planungsphase.

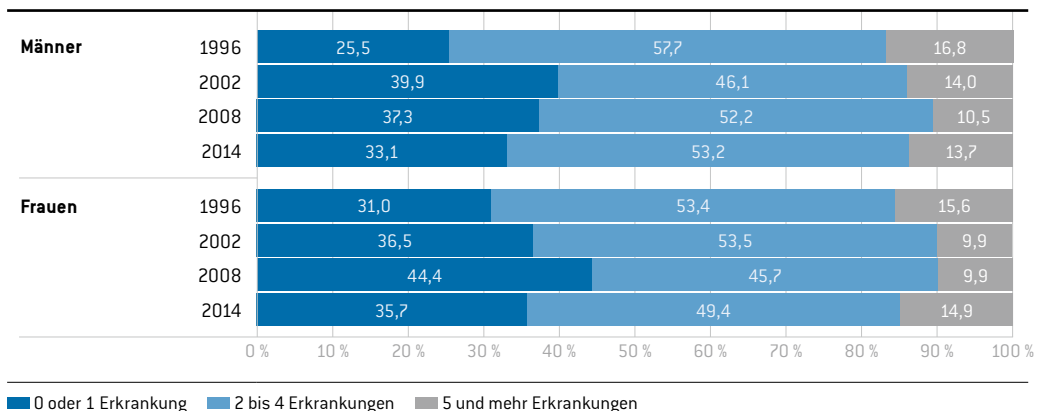
26 In der Auswertung einbezogen wurden Migrantinnen und Migranten der ersten Generation. Diese wurden unterschieden in ehemalige Arbeitsmigrantinnen und -migranten, (Spät-)Aussiedlerinnen und -aussiedler und andere Migrantinnen und Migranten, die z. B. aus der EU, aber auch von außerhalb der EU stammen (Nowossadeck u. a. 2017, S. 7).

Personen, die ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht einschätzen nach sozialem Status und Altersgruppen



» Abb. 10: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand (»mittelmäßig«, »schlecht« oder »sehr schlecht«) bei Frauen und Männern nach sozialem Status und Altersgruppe (in Prozent). Quelle: Lampert u. a. 2016, S. 6; Datenbasis: GEDA 2009, 2010 und 2012; Darstellung verändert.

Anzahl selbstberichteter Erkrankungen (55 bis 69 Jahre, in Prozent)



» Abb. 11: Anzahl der selbstberichteten Erkrankungen der 55- bis 69-Jährigen nach Geschlecht und Jahr (in Prozent). Quelle: Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 8-1; Lizenz: CC 2.5, <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>; Datenbasis: DEAS 1996, 2002, 2008, 2014; eigene Darstellung.

» 04.2 Körperliche Erkrankungen

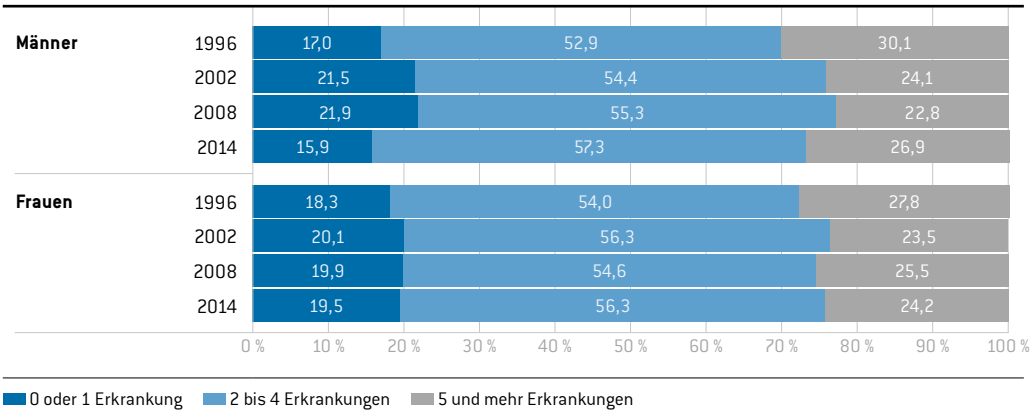
Erkrankungen und Beeinträchtigungen

Im Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit für Multimorbidität, d. h. das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Erkrankungen bzw. Diagnosen, zu. Das belegen die Ergebnisse des DEAS, der die Anzahl bestehender Krankheiten erfragt. In der Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen gab im Jahr 2014 ein gutes Drittel der Befragten (Frauen 36 %, Männer 33 %) keine oder eine Erkrankung an. Rund die Hälfte der Befragten (Frauen 49 %, Männer: 53 %) nannte zwei bis vier Erkrankungen, während 15 % der Frauen und 14 % der Männer fünf und mehr Erkrankungen berichteten (vgl. Abbildung 11). Bei den 70- bis 85-Jährigen verringerte sich der Anteil derjenigen, die keine oder eine Erkrankung angaben im Vergleich zur jüngeren

Altersgruppe auf 19,5 % bei den Frauen und auf 15,9 % bei den Männern. Zugleich nannte über die Hälfte der 70- bis 85-jährigen Frauen und Männer zwei bis vier und rund ein Viertel (25,4 %) fünf und mehr Erkrankungen. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern waren statistisch nicht bedeutsam (vgl. Abbildung 12) (Wolff u. a. 2017, S. 131).

Im zeitlichen Verlauf zeigt sich, dass zwischen 1996 und 2008 der Anteil der mehrfach erkrankten 55- bis 85-Jährigen rückläufig bzw. stabil war (Wolff u. a. 2017, S. 132). Ob die unerwartete Zunahme zwischen 2008 und 2014 eine Trendumkehr anzeigt, ist noch nicht abzuschätzen und muss durch weitere Untersuchungen überprüft werden. Als Ursachen diskutiert werden zunehmende Belastungen der 55- bis 69-Jährigen (Erwerbsarbeit, stärkere Unterstützung anderer), ein größerer Anteil von Raucherinnen und Rauchern in dieser Kohorte, eine Verbesserung der Diagnostik sowie die Abschaffung der Praxisgebühr im Jahr 2013, die zu häufigeren Arztbesuchen und einer höhe-

Anzahl selbstberichteter Erkrankungen (70 bis 85 Jahre, in Prozent)



» Abb. 12: Anzahl der selbstberichteten Erkrankungen der 70- bis 85-Jährigen nach Geschlecht und Jahr (in Prozent). Quelle: Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 8-1; Lizenz: CC 2.5, <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>; Datenbasis: DEAS 1996, 2002, 2008, 2014; eigene Darstellung.

ren Wahrscheinlichkeit von Krankheitsdiagnosen geführt haben könnte (ebd., S. 135; Moynihan u. a. 2012, zitiert nach ebd.).

Im Rahmen des DEAS wurden auch Daten zur Anzahl von Erkrankungen von Menschen mit Migrationshintergrund in der zweiten Lebenshälfte (40 bis 85 Jahre) ausgewertet. Während im Jahr 2014 21 % der über 65-jährigen Personen ohne Migrationshintergrund über fünf und mehr Erkrankungen berichteten, waren es bei den Migrantinnen und Migranten der ersten Generation²⁷ 30 % (Nowossadeck u. a. 2017, S. 33). Dabei zeigen sich, wie schon bei dem selbst eingeschätzten Gesundheitszustand, große Unterschiede in der Krankheitsbelastung je nach Migrationserfahrung. Auch hier waren die Arbeitsmigrantinnen und -migranten stärker betroffen als andere Migrantengruppen²⁸ (vgl. Abbildung 45 auf Seite 230).

Krankheiten können sich unterschiedlich stark auf das alltägliche Leben auswirken. Gerade bei Multimorbidität im Alter sind es vor allem die dauerhaften Beeinträchtigungen durch chronische Krankheiten, welche die Lebensqualität verringern können. In der Studie GEDA des RKI wurde gefragt: »In welchem Ausmaß sind Sie durch Krankheit in der Ausübung ihrer alltäglichen Tätigkeit dauerhaft eingeschränkt? Mit dauerhaft meinen wir seit mindestens einem halben Jahr.« Die drei Antwortkategorien lauteten »erheblich eingeschränkt«, »eingeschränkt, aber nicht erheblich« und »nicht eingeschränkt« (RKI 2014a).

Bei Betrachtung der zusammengefassten Daten der GEDA-Studien aus den Jahren 2009, 2010 und 2012 zeigt sich, dass über die Hälfte der Frauen (54,5 %) ab 65 Jahren und die Hälfte der Männer (50,2 %) dieser Altersgruppe angaben, aufgrund ihres Gesundheitszustandes dauerhaft in der Ausübung der alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt zu sein (Lampert u. a. 2016, S. 5). Frauen und Männer mit niedrigem Sozialstatus hatten ein mehr als zweimal so hohes Risiko für gesundheitlich bedingte Aktivitätseinschränkungen im Vergleich zu denjenigen mit hohem sozialem Status (ebd., S. 5). Während bei den Frauen die Statusunterschiede auch in den höheren Altersgruppen fortbestanden, verringerten sich diese Unterschiede bei den ab 75-jährigen Männern (ebd., S. 6) (vgl. Abbildung 13).

Auch im DEAS werden Einschränkungen bei Tätigkeiten erfragt und unter dem Begriff der funktionalen Gesundheit dargestellt. Umfassender als in der GEDA-Studie werden zehn Fragen zu Einschränkungen in den täglichen Aktivitäten gestellt²⁹ (Wolff u. a. 2017, S. 129). Erfragt werden Einschränkungen in unterschiedlich anstrengenden Tätigkeiten wie sich Baden oder Anziehen, Einkaufstaschen tragen oder einen anstrengenden Sport ausüben, die jeweils mit »überhaupt nicht«, »etwas« oder »stark« eingeschätzt werden konnten.

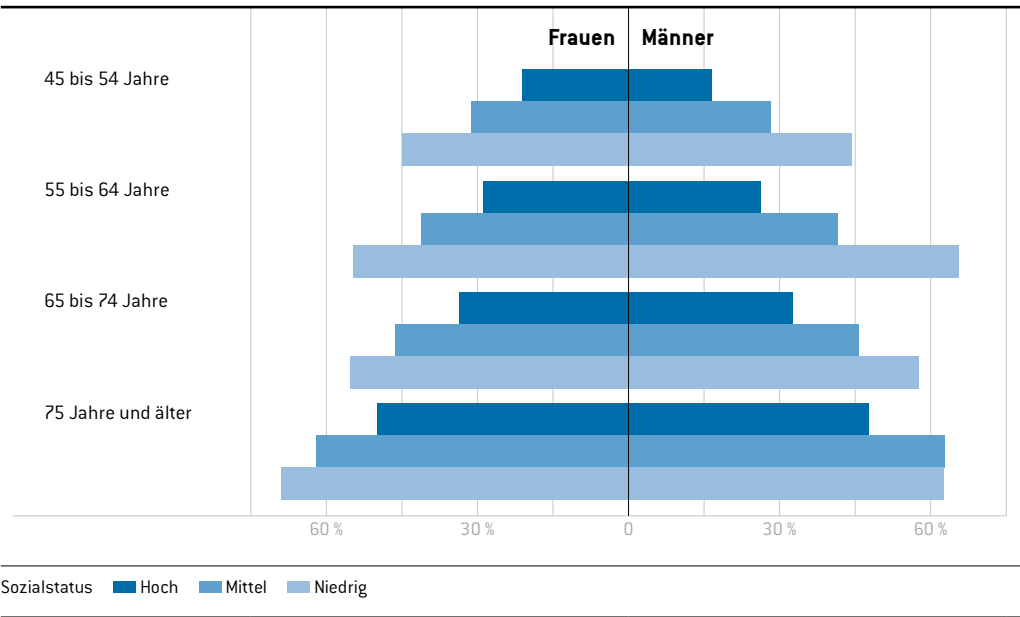
Die funktionale Gesundheit der über 65-Jährigen hat sich in der Erhebung im Jahr 2014 im Vergleich zu früheren Erhebungen verbessert bzw. ist stabil geblieben (vgl. Abbildung 14).

27 In die Auswertung einbezogen wurden Migrantinnen und Migranten der ersten Generation. Diese wurden unterschieden in ehemalige Arbeitsmigrantinnen und -migranten, (Spät-)Aussiedlerinnen und -aussiedler und andere Migrantinnen und Migranten, z. B. aus der EU, aber auch außerhalb der EU stammend (Nowossadeck u. a. 2017, S. 7).

28 In der Auswertung wurde nicht immer in verschiedene Altersgruppen differenziert, sondern z. T. die gesamte Altersgruppe der 40- bis 85-Jährigen betrachtet.

29 Verwendet wird ein (krankheitsunspezifischer) Gesundheitsfragebogen zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität [die Subskala körperliche Funktionsfähigkeit der SF-36].

Gesundheitlich bedingte Einschränkungen im Alltag

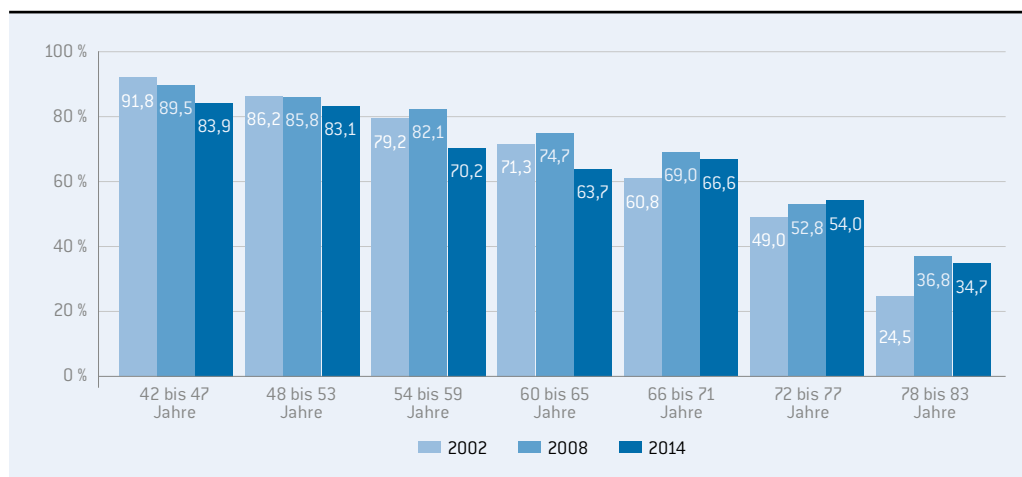


>> Abb. 13: Gesundheitlich bedingte Einschränkungen im Alltag bei Frauen und Männern nach sozialem Status und Altersgruppe (in Prozent). Quelle: Lampert 2016 u. a., S. 7; Datenbasis: Basisdaten GEDA 2009, 2010, 2012; Darstellung verändert.

Diese Stabilität zeigt sich bei differenzierter Auswertung der Daten für alle Bildungsgruppen sowie für Männer und Frauen (Wolff 2017 u. a., S. 133 f.). Allerdings ist auch deutlich, dass sich die funktionale Gesundheit der unter 66-Jährigen mit mittlerer Bildung im Zeitverlauf an die derjenigen mit niedriger Bildung angenähert hat, so dass der Abstand zu den höher Gebildeten größer geworden ist (Wolff 2017 u. a., S. 135). Ob und wie stark sich dies in den zukünftigen Kohorten der ab 65-Jährigen niederschlägt, wird sich zeigen. Nach wie vor von Bedeutung bleibt die Sicherstellung einer guten medizinischen Versorgung und Prävention für alle Bevölkerungsgruppen, insbesondere für Menschen mit geringeren finanziellen Ressourcen (ebd., S. 134 f.).

Unterschiede der funktionalen Gesundheit zeigen sich auch zwischen 40- bis 85-jährigen Personen mit und ohne Migrationshintergrund. Leider liegen hierzu keine stärker altersdifferenzierenden Daten vor. 19,2 % der 40- bis 85-jährigen Personen ohne und 22,1 % der Personen mit Migrationshintergrund berichteten im Jahr 2014 über Einschränkungen der funktionalen Gesundheit (vgl. Nowossadeck u. a. 2017, S. 34). Arbeitsmigrantinnen und -migranten in dieser Altersgruppe (35 %) waren stärker von Einschränkungen betroffen als Spätaussiedlerinnen und -aussiedler (23,5 %) und andere Migrantengruppen (16,2 %).

Personen mit guter funktionaler Gesundheit



» Abb. 14: Anteile der Personen mit guter funktionaler Gesundheit nach Altersgruppen in den Jahren 2002, 2008, 2014 (in Prozent). Quelle: Wolff u. a. 2017, S. 134; Lizenz: CC BY 2.5, <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>; Datenbasis: DEAS 2002, 2008, 2014; Darstellung verändert.

Häufigste Erkrankungen und Beeinträchtigungen der Altersgruppe

Im Folgenden werden die wichtigsten Beeinträchtigungen und Krankheiten der Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen näher betrachtet. Dabei wird u. a. auf die Prävalenz, d. h. auf die relative Häufigkeit der jeweiligen Erkrankung, und die Inzidenz, d. h. die relative Häufigkeit der neu Erkrankten in einer bestimmten Zeitspanne, eingegangen. Die Prävalenz zeigt, wie oft die Krankheit in einer bestimmten Gruppe von Menschen vorkommt, die Inzidenz beschreibt das Risiko für bestimmte Erkrankungen in einer Bevölkerungsgruppe.

Beeinträchtigungen beim Sehen und Hören

Mit zunehmendem Alter wird die Sehkraft schwächer: Den zusammengeführten Daten der GEDA-Studien 2009 und 2010 zufolge tragen 96,4 % der ab 65-jährigen Frauen und 94,7 % der Männer eine Bril-

le oder Kontaktlinsen (RKI 2015, S. 418). 71,3 % der ab 65-jährigen Männer und 62,5 % der gleichalten Frauen gaben an, (ggf. mit Sehhilfe) ohne Schwierigkeiten sehen zu können. Leichte Schwierigkeiten gaben 29,6 % der Frauen und 23,8 % der Männer an, große Schwierigkeiten 5,3 % der weiblichen und 3,5 % der männlichen Befragten (RKI 2014b, S. 3). Dabei zeigten sich bildungsabhängige Unterschiede: Ab 65-jährige Frauen und Männer unterer Bildungsgruppen berichteten häufiger von (leichten und großen) Sehschwierigkeiten als Gleichaltrige der oberen Bildungsgruppe (ebd., S. 2). Während fast drei Viertel der Frauen der oberen Bildungsgruppe angaben, ohne Schwierigkeiten sehen zu können, waren dies in der unteren Bildungsgruppe nur 56,2 %. Diese Unterschiede können u. a. auf eine unterschiedliche Nutzung von oder Versorgung mit angemessenen Sehhilfen hinweisen (ebd.).

Sehen: Schwere Einschränkungen oder unmöglich (in Prozent)

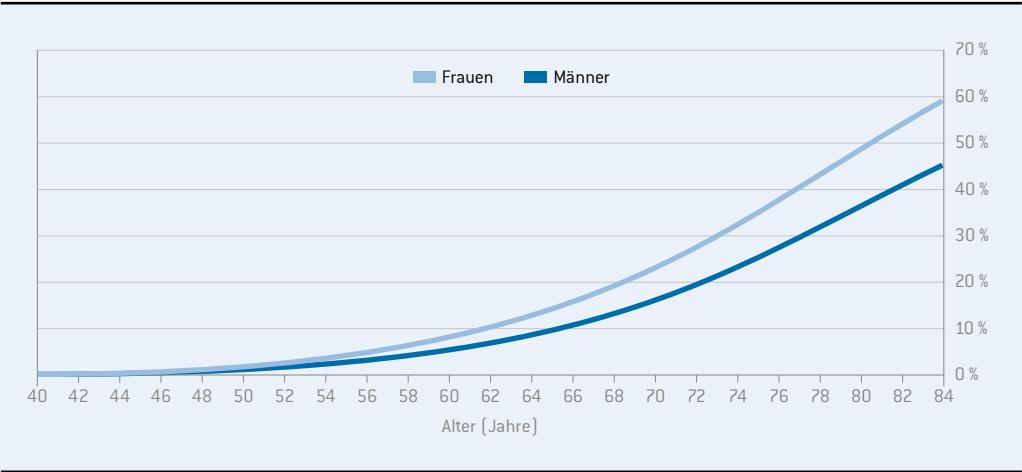
	65 bis 74 Jahre	75 Jahre und älter	Gesamt (alle Altersgruppen)
Frauen	4,2	10,9	2,9
Männer	6,9	10,4	3,0

>> Tab. 38: Sehen: Schwere Einschränkungen oder unmöglich nach Alter und Geschlecht (in Prozent). Quelle: RKI 2015, S. 412; Datenbasis: GEDA 2009; Darstellung auszugsweise und verändert.

Bei stärkerer Altersdifferenzierung der Angaben zeigt sich, wie sehr sich Einschränkungen beim Sehen mit zunehmendem Alter unterscheiden. Über schwere Einschränkungen oder den vollständigen Verlust der Sehkraft berichteten 4,2 % der 65- bis 74-jährigen und 10,9 % der ab 75-jährigen Frauen. Bei den Männern traf dies auf 6,9 % der 65- bis 74-Jährigen und 10,4 % der über 75-Jährigen zu (RKI 2015, S. 412).

Zu den Ursachen für Sehbeeinträchtigungen zählt unter anderem der Graue Star (Katarakt), der häufig im höheren Alter durch eine Trübung der Linse entsteht (RKI 2017b, S. 14). Die Prävalenz des Grauen Stars steigt mit dem Alter stark an (vgl. Abbildung 15). Durch die Operation der getrübbten Linse kann die Sehfähigkeit wieder hergestellt werden, weshalb es in Deutschland nur wenige Erblindungsfälle durch den grauen Star gibt (ebd., S. 15).

Erkrankungsrisiko Grauer Star



>> Abb. 15: Erkrankungsrisiko Grauer Star (Katarakt) nach Alter und Geschlecht (in Prozent). Quelle: RKI 2017b, S. 15; Datenbasis: RKI, Telefonischer Gesundheitssurvey 2005; Darstellung verändert.

Hören: Schwere Einschränkungen oder unmöglich (in Prozent)

	65 bis 74 Jahre	75 Jahre und älter	Gesamt (alle Altersgruppen)
Frauen	4,9	13,1	4,0
Männer	1,7	4,6	1,9

» Tab. 39: Hören: Schwere Einschränkungen oder unmöglich, in den letzten 12 Monaten nach Altersgruppen (in Prozent). Quelle: RKI 2015, S. 412; Datenbasis: GEDA 2009; Darstellung auszugsweise und verändert.

Während Frauen von Einschränkungen beim Sehen häufiger betroffen sind als Männer, zeigt sich hinsichtlich der Hörfähigkeit in der Altersgruppe ab 65 Jahren eine umgekehrte Tendenz. 34,8 % der 65- bis 79-jährigen Frauen und 45,6 % der gleichaltrigen Männer gaben in der DEGS1-Studie mindestens einige Schwierigkeiten beim Hören an. Ein Hörgerät verwendeten 8,6 % der Frauen und 12,7 % der Männer (RKI 2015, S. 419).

Nur sehr schwer oder gar nicht hören konnten 4,9 % der 65- bis 74-jährigen Frauen und 1,7 % der Männer dieser Altersgruppe. Im Alter ab 75 Jahren traf dies auf 13,1 % der Frauen und 4,6 % der Männer zu (vgl. Tabelle 39).

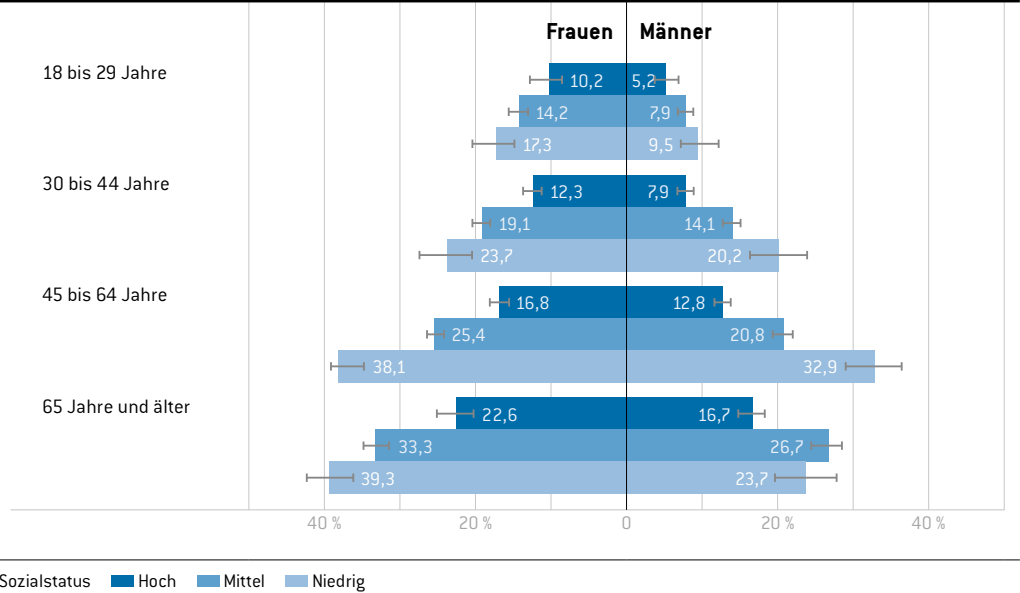
Krankheiten des Muskel- und Skelett-Systems

Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates treten mit zunehmendem Alter vermehrt auf und können zu Funktionseinschränkungen und zu Einbußen der Lebensqualität bis hin zur Gefährdung der selbstständigen Alltagsbewältigung führen. Im höheren Alter sind Frauen häufiger von muskuloskelettalen Erkrankungen betroffen: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes stellten im Jahr 2016 bei 65- bis 79-jährigen Frauen die zweithäufigste Krankenhausdiagnose dar, bei den 65- bis 79-jährigen Männern die vierthäufigste (Statistisches Bundesamt 2018e). Dieser geschlechtsspezifische Unterschied zeigt sich auch bei den Behandlungen in Vorsorge- und Rehabilita-

tionseinrichtungen: Bei den Frauen stellen Muskel- und Skeletterkrankungen dort die häufigste, bei den Männern die zweithäufigste Diagnose dar (vgl. Tabelle 120 auf Seite 214) (Statistisches Bundesamt 2018f).

Die Häufigkeit chronischer Rückenschmerzen nimmt mit steigendem Alter zu. Rückenschmerzen gelten als chronisch, wenn sie drei Monate oder länger fast täglich auftreten. Kuntz u. a. (2017) haben anhand der zusammengefassten Daten der GEDA-Befragungen 2009, 2010 und 2012 die Lebenszeitprävalenz und 12-Monats-Prävalenz von chronischen Rückenschmerzen bei Erwachsenen berechnet. In allen Altersgruppen traten chronische Rückenschmerzen bei Frauen häufiger als bei Männern auf. 43,6 % der Frauen und 36,1 % der Männer haben mindestens schon einmal in ihrem Leben an chronischen Rückenschmerzen gelitten, in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung waren es gut ein Drittel der über 65-jährigen Frauen (34,3 %) und 23,8 % der gleichaltrigen Männer (Kuntz u. a. 2017, S. 786). Frauen und Männer mit niedrigem sozioökonomischem Status sind in allen Altersgruppen häufiger von chronischen Rückenschmerzen betroffen als Menschen mit hohem sozioökonomischem Status (ebd., S. 787 f.): Der Anteil ab 65-jähriger Frauen mit chronischen Rückenschmerzen (in den letzten 12 Monaten) betrug unter denjenigen mit niedrigem Sozialstatus 39,3 %, unter denjenigen mit hohem Status 22,6 %. Bei den ab 65-jährigen Män-

12-Monats-Prävalenz chronischer Rückenschmerzen



>> Abb. 16: 12-Monats-Prävalenz chronischer Rückenschmerzen nach Geschlecht, Alter und Sozialstatus (in Prozent mit 95 %-Konfidenzintervallen*). Quelle: Kuntz u. a. 2017, S. 787; Datenbasis: GEDA 2009, 2010 und 2012; nachgedruckt und bearbeitet mit Genehmigung von Rights Link Permissions Springer Nature Costumer Service Centre GmbH: Springer Nature Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Soziale Ungleichheit und chronische Rückenschmerzen bei Erwachsenen in Deutschland, Benjamin Kuntz, Jens Hoebel, Judith Fuchs, Hanne Neuhauser, Thomas Lampert. © Springer Verlag Berlin Heidelberg 2017.
* Das Konfidenzintervall (KI), auch Vertrauensintervall genannt, gibt Aufschluss über die Genauigkeit der in den Tabellen dargestellten Häufigkeitswerte. Das KI beschreibt hier den Bereich, in dem mit 95 %iger Wahrscheinlichkeit der wahre Häufigkeitswert liegt (RKI 2011a, S. 49 f.).

nern litten in der niedrigen Statusgruppe 23,7 % unter Rückenschmerzen, in der mittleren 26,7 % und in der hohen Statusgruppe 16,7 % (ebd., S. 787). Die höheren Prävalenzen sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen werden auf hohe Arbeitsbelastungen und ungünstige Arbeitsbedingungen, psychosoziale Belastungen und Lebensstilfaktoren zurückgeführt (zusammenfassend ebd., S. 789). Für einen Zusammenhang mit der Arbeitsbelastung spricht, dass bei Männern der niedrigen Statusgruppe ein Rückgang der 12-Monats-Prävalenz chronischer Rückenschmerzen nach dem 65. Lebensjahr auffällt (vgl. Abbildung 16).

Eine der häufigsten Gelenkkrankheiten ist die Arthrose (Veränderungen und Abbauprozesse der Gelenke, u. a. übermäßiger Verschleiß der Knie-, Hüft- oder Fingergelenke). Risikofaktoren sind ein höheres Alter, weibliches Geschlecht und genetische Veranlagung (Fuchs u. a. 2017a, S. 55). Im fortgeschrittenen Stadium kann Arthrose zu Schmerzen und Bewegungseinbußen und damit zu Einschränkungen im Alltag führen (ebd.). In der Studie GEDA 2012 berichteten 46,3 % der 65- bis 74-jährigen und 46,2 % der ab 75-jährigen Frauen über eine diagnostizierte Arthrose (RKI 2015, S. 412). Dagegen litten deutlich weniger Männer

12-Monats-Prävalenz Arthrose im Alter von 65 Jahren und älter (in Prozent)

Bildungsgruppe	Frauen		Männer	
	[95 %-KI]		[95 %-KI]	
Gesamt	48,1	[45,6–50,6]	31,2	[28,9–33,7]
Untere Bildungsgruppe	47,9	[44,0–51,7]	31,7	[27,0–36,8]
Mittlere Bildungsgruppe	48,1	[44,7–51,5]	32,6	[29,2–36,3]
Obere Bildungsgruppe	48,9	[43,5–54,3]	28,6	[25,2–32,2]

» Tab. 40: 12-Monats-Prävalenz Arthrose bei Frauen und Männern im Alter von 65 Jahren und mehr nach Bildungsgruppe (in Prozent).
 Quelle: Fuchs u. a. 2017a, S. 57; Lizenz CC-BY-4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Datenbasis GEDA 2014/15-EHIS; Darstellung verändert.

unter Arthrose, nämlich ein Viertel der 65- bis 74-Jährigen und 29,7 % der ab 75-Jährigen [ebd.].

In der Auswertung der Studie GEDA 2014/2015 wurden die Daten für die Altersgruppe der über 65-Jährigen nicht weiter altersdifferenziert, dafür aber nach Bildungsgruppen dargestellt (vgl. Tabelle 40). Während in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen Menschen mit geringerer Bildung häufiger an Arthrose erkranken, zeigt sich dieser Unterschied in der Altersgruppe ab 65 Jahren nicht (Fuchs u. a. 2017a, S. 57). Dies deutet darauf hin, dass bei Menschen mit höherem Bildungsstatus die Erkrankung später auftritt (RKI 2011a, S. 91).

Auch für Arthritis³⁰ (entzündliche Gelenkerkrankungen) sind weibliches Geschlecht und ein höheres Lebensalter bedeutsame Risikofaktoren. Sie tritt seltener als Arthrose auf. Bei 11 % der Frauen im Alter zwischen 65 und 74 Jahren sowie 12,2 % der ab 75-Jährigen wurde schon einmal eine Arthritis diagnostiziert, bei den 65- bis 74-jährigen Männer waren es 5,8 % sowie 8,6 % der ab 75-Jährigen (vgl. Tabelle 41) (RKI 2015, S. 412).

Gicht ist eine Ablagerung von Harnsäurekristallen in den Geweben und entsteht in Folge eines erhöhten Harnsäurespiegels (Tausche u. a. 2009, S. 549). Dieser wird unter anderem durch Ernährungsge-wohnheiten und den Lebensstil beeinflusst, woraus sich die folgenden Risikofaktoren für eine Gicht-erkrankung ergeben: Eine purinreiche Ernährung (z. B. Fleisch), Alkoholkonsum (v. a. Bier) und Über-gewicht (Choi u. a. 2004, S. 1279; Choi u. a. 2005, S. 287). Die Gicht-Prävalenz beträgt 1,4 % über alle Altersgruppen, wobei Männer ein bis zu neunmal höheres Erkrankungsrisiko haben als Frauen (Tau-sche u. a. 2009, S. 549). Aktuellere repräsentative Studien zu Prävalenzen liegen derzeit nicht vor. Bei Männern ab 65 Jahren ist Gicht zusammen mit Bluthochdruck und Störungen im Fettstoffwechsel häufig eine von mehreren Krankheiten bei einer Multimorbidität (Prävalenz 10 %). Diese Art von Multimorbidität hat bei Frauen nur eine Prävalenz von unter 6 % (Van den Bussche u. a. 2011, S. 4). Außerdem tritt Gicht in Deutschland häufig begleitet von Diabetes auf (Annemans u. a. 2008, S. 962).

30 Im GEDA wurde erfragt: »Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Arthritis, rheumatische Arthritis oder chronische Polyarthritis festgestellt?«

12-Monats-Prävalenz Arthritis (in Prozent)

	65 bis 74 Jahre	75 Jahre und älter	Gesamt (alle Altersgruppen)
Frauen	11,0	12,2	6,0
Männer	5,8	8,6	3,1

>> Tab. 41: Arthritis in den letzten 12 Monaten nach Alter und Geschlecht (in Prozent). Quelle: RKI 2015, S. 412; Datenbasis: GEDA 2009; Darstellung auszugsweise und verändert.

Unter Osteoporose wird die Abnahme der Knochendichte durch den übermäßig raschen Abbau der Knochensubstanz und -struktur verstanden. Osteoporose ist durch eine geringere Bruchfestigkeit der Knochen charakterisiert und geht mit einer erhöhten Gefahr zu Knochenbrüchen einher. Sie tritt vor allem im höheren Lebensalter auf, wobei Frauen häufiger als Männer betroffen sind. Die Prävalenz für eine Erkrankung an Osteoporose steigt insbesondere bei Frauen ab 65 Jahren stark an: In dieser Altersgruppe haben Frauen mit 24 % eine gut viermal höhere Osteoporoseprävalenz als Männer mit 5,6 % (Fuchs u. a. 2017b, S. 63). Neben dem Alter und weiblichem Geschlecht gibt es zahlreiche weitere Risikofaktoren, darunter Bewegungsmangel und Fehlernährung, aber auch Grunderkrankungen und die Einnahme bestimmter Medikamente (ebd., S. 61). Knochenbrüche infolge einer Osteoporose-Erkrankung, insbesondere in Hüftgelenksnähe, können zu erheblichen Einbußen an Lebensqualität und bei der selbstständigen Lebensführung führen und sind mit hohen Krankheitskosten verbunden (zusammenfassend ebd., S. 61 f.).

Erkrankungen der Lungen und Bronchien

Chronische Lungenerkrankungen gehen im Alter oft mit Kurzatmigkeit und dauerhaft eingeschränkter Leistungsfähigkeit sowie Folgeerkrankungen einher.

Asthma bronchiale ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung der Atemwege, die durch eine

Verengung der Bronchien gekennzeichnet ist. Risikofaktoren sind u. a. eine familiäre Vorbelastung oder Allergien (Steppuhn u. a. 2017, S. 37). In der Studie GEDA 2014/2015 gaben 7,1 % der Frauen und 5,5 % der Männer ab 65 Jahren an, in den letzten 12 Monaten unter Asthma bronchiale gelitten zu haben. Untere Bildungsgruppen waren mit 7,3 % der Frauen und 8 % der Männer etwas stärker betroffen als obere Bildungsgruppen (6,9 % der Frauen, 4,8 % der Männer) (ebd., S. 38). Im Unterschied zu COPD und der chronischen Bronchitis tritt Asthma in allen Altersgruppen ähnlich häufig auf (ebd.).

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (Chronic Obstructive Pulmonary Disease/COPD) ist ein Sammelbegriff für die chronisch obstruktive Bronchitis und das Lungenemphysem. Höheres Alter und Zigarettenkonsum oder schädliche Umwelteinflüsse (etwa das Einatmen von Gasen und Staub am Arbeitsplatz) sind bedeutsame Risikofaktoren bei der Entstehung dieser Krankheit. 11 % der Frauen ab 65 Jahren und 12,5 % der Männer dieser Altersgruppe waren laut der Studie GEDA 2014/2015 von COPD betroffen (Steppuhn u. a. 2017, S. 48). Ein bedeutsamer Unterschied zwischen den Bildungsgruppen ließ sich in der Altersgruppe ab 65 Jahren nicht feststellen, jedoch in den jüngeren Altersgruppen (ebd.).

Als chronische Bronchitis wird Husten und Auswurf von mindestens dreimonatiger Dauer in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Jahren bezeichnet. Die bedeutsamsten Risikofaktoren für

12-Monats-Prävalenz COPD im Alter von 65 Jahren und älter (in Prozent)

Bildungsgruppe	Frauen		Männer	
	[95 %-KI]		[95 %-KI]	
Gesamt	11,0	[9,5–12,7]	12,5	[10,9–14,3]
Untere Bildungsgruppe	10,8	[8,6–13,5]	12,5	[11,7–20,1]
Mittlere Bildungsgruppe	11,2	[9,2–13,6]	12,2	[10,0–14,8]
Obere Bildungsgruppe	9,4	[6,1–14,0]	11,6	[9,4–14,3]

» Tab. 42: 12-Monats-Prävalenz COPD bei Frauen und Männern im Alter von 65 Jahren und mehr nach Bildungsgruppe (in Prozent).
Quelle: Steppuhn u. a. 2017, S. 48; Lizenz CC-BY-4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS; Darstellung verändert.

die Erkrankung sind Rauchen oder Luftschadstoffe (RKI 2014c, S. 2). Die Erkrankungshäufigkeit steigt mit zunehmendem Alter (ebd.). Für ab 65-jährige Frauen betrug die 12-Monats-Prävalenz für eine chronische Bronchitis 9,1 % und für Männer 6,7 %. Die Lebenszeitprävalenz lag für Frauen dieser Altersgruppe bei 12,3 % und für Männer bei 9,1 % (ebd., S. 3).

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus ist eine Erkrankung des Stoffwechsels, die mit einer Erhöhung des Blutzuckerspiegels einhergeht und unbehandelt zu schweren Folgeerkrankungen (wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenversagen etc.) führen kann. Insgesamt nimmt die Häufigkeit von Diabetes mellitus mit steigendem Alter zu. Im Erwachsenenalter tritt vorwiegend Typ-2-Diabetes mellitus auf (vgl. Tabelle 121 auf Seite 214). Dieser ist gekennzeichnet durch eine Abnahme von Insulinwirkung und Insulinsekretion, die oft über längere Zeit nicht bemerkt bzw. diagnostiziert werden. Deshalb können nur Aussagen über die Prävalenz des diagnostizierten und dadurch bekannten Diabetes in der deutschen Bevölkerung getroffen werden (Heidemann u. a. 2013, S. 668).

Die Wahrscheinlichkeit, an Diabetes mellitus zu erkranken, unterscheidet sich regional, zwischen Männern und Frauen und nach sozialem Status. Im Deutschen Alterssurvey gaben 8,8 % der 55- bis 69-jährigen Frauen und 14,4 % der gleichaltrigen Männer an, die ärztliche Diagnose eines Diabetes oder zu hoher Blutzuckerwerte erhalten zu haben. In Ostdeutschland traf dies auf einen höheren Anteil befragter Frauen und Männer zu (vgl. Tabelle 43). Verschiedene Ursachen für regionale Unterschiede, z. B. Unterschiede im Lebensstil, sozioökonomische Benachteiligung, genetische Unterschiede, aber auch Umwelteinflüsse werden diskutiert (Goffrier u. a. 2017, S. 24).

Die zusammengefassten Daten der GEDA-Befragungen 2009, 2010 und 2012 der Lebenszeitprävalenz von Diabetes mellitus zeigen, dass Frauen im Alter ab 65 Jahren mit einem niedrigen Sozialstatus ein rund 3,5 mal höheres Risiko haben, an Diabetes zu erkranken als Frauen mit hohem Sozialstatus (RKI 2017a, S. 83). Bei den Männern bilden sich solche starken Unterschiede nicht ab (vgl. Tabelle 44). Weshalb die Unterschiede bei den Frauen besonders stark ausgeprägt sind, ist derzeit nicht bekannt.

Diabetes oder hohe Blutzuckerwerte (in Prozent)

Region		55 bis 69 Jahre	70 bis 85 Jahre
Deutschland	Männer	14,4	19,4
	Frauen	8,8	17,3
Westdeutschland	Männer	13,1	18,5
	Frauen	8,1	16,2
Ostdeutschland	Männer	19,8	22,9
	Frauen	11,8	21,7

>> Tab. 43: Diabetes, hohe Blutzuckerwerte nach Region, Geschlecht und Altersgruppen im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.

Mit Blick auf vertragsärztliche Abrechnungsdaten lagen die Prävalenzen deutlich höher als in den oben zitierten Erhebungen.³¹ Männer zwischen 65 und 79 Jahren wiesen demnach eine Prävalenz von rund 27 % bis 33 % auf, Frauen dieser Altersgruppen von 14 % bis 23 %. Gründe für die höheren Angaben sind vermutlich, dass mit diesen Daten auch Personen erfasst werden, die durch Befragungen nicht erreicht werden, z. B. schwerer Erkrankte oder Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner. Zudem sind Privatversicherte nicht mit erfasst, die eher einen höheren Sozialstatus haben und vermutlich geringere Diabetes-Prävalenzen aufweisen.

Diabetes kann zu schweren Folgeerkrankungen und Langzeitkomplikationen wie Funktionsstörungen der Augen, Nieren und des Herz-Kreislauf-Systems führen (BÄK u. a. 2013, S. 20). Diabetiker beider Geschlechter haben ein höheres Risiko, Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen zu entwi-

ckeln. Das Schlaganfallrisiko bei älteren Menschen mit Diabetes ist etwa doppelt so hoch wie bei Menschen ohne Diabetes. Sie leiden außerdem etwa acht Mal häufiger an schweren Nierenerkrankungen als Stoffwechselgesunde (Diehm 2011, S. 61; Icks u. a. 2011a, S. 267). Auch das Risiko für Amputationen (meist des Fußes) steigt bei Diabetes um das Siebenfache (Lawall 2011, S. 66).

Für in Deutschland lebende Menschen mit Migrationshintergrund liegen aktuell keine repräsentativen Studien für die Diabetesprävalenz vor. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass die Diabetesprävalenz der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund die der älteren deutschen Bevölkerung übersteigt (Icks u. a. 2011b, S. 149).

Krebserkrankungen

Im Jahr 2014 erkrankten nach Angaben der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in

31 Da die Berechnungen auf vertragsärztlichen Abrechnungsdaten beruhen, handelt sich um »administrative Prävalenzen«. Die Daten umfassen alle in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Versicherten, also ca. 85 % der Bevölkerung (Goffrier u a. 2017, S. 3 f.).

Lebenszeitprävalenz von Diabetes nach Sozialstatus (in Prozent)

Sozialstatus	Frauen		Männer	
		OR [95 %-KI]		OR [95 %-KI]
Niedriger Sozialstatus	26,7	3,52 [2,68–4,62]	22,2	1,37 [1,05–1,79]
Mittlere Sozialstatus	16,6	1,96 [1,53–2,52]	22,0	1,35 [1,13–1,61]
Hoher Sozialstatus	9,0	1,00 [Ref.]	17,2	1,00 [Ref.]

OR = Altersstandardisiertes Odds Ratio (Chancenverhältnis) KI = Konfidenzintervall

» Tab. 44: Lebenszeitprävalenz von Diabetes mellitus nach Sozialstatus in der Altersgruppe ab 65 Jahren (in Prozent). Quelle: RKI 2017a, S. 83; Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012; Darstellung verändert.

Deutschland (GEKID) 33.723 Männer und 22.591 Frauen³² im Alter von 65 bis 69 Jahren an Krebs. Die Zahl der Neuerkrankungen in der Gruppe der 70- bis 74-jährigen Männer lag bei 47.935, die der Frauen bei 29.874 Personen. Unter den 75- bis 79-Jährigen waren 44.796 Männer und 32.966 Frauen betroffen (GEKID 2017). Trotz des höheren Frauenanteils in den älteren Kohorten erkrankten weniger Frauen an Krebs als Männer der drei betrachteten Altersgruppen. Die unterschiedlichen Erkrankungsraten von Männern und Frauen verdeutlicht auch Abbildung 46 im Anhang (Seite 231).

Geschlechtsunterschiede spiegeln sich auch in der Krebsinzidenz wider, welche mit dem Alter ansteigt, jedoch bei Frauen immer geringer ist als bei Männern (mit Ausnahme von Brustkrebs und Gebärmutterkörper-Krebs) (vgl. Tabelle 45). Frauen zwischen 65 und 79 Jahren sind am häufigsten von Brustkrebs, Darmkrebs und Lungenkrebs betroffen, während Männer der Altersgruppe am häufigsten an Prostatakrebs, Lungenkrebs und Darmkrebs erkranken (GEKID 2017).

Bei der Betrachtung des Risikos, an Krebs zu erkranken, wird deutlich, wie verbreitet diese Erkrankung ist: Im Alter von 65 Jahren haben Männer ein 47,3 prozentiges Risiko, jemals an Krebs zu erkranken und ein 20,3 prozentiges Risiko, in den nächsten zehn Jahren an Krebs zu erkranken (Daten aus dem Jahr 2014) (vgl. Tabelle 46).

Frauen haben im Alter von 65 Jahren ein 34,6 prozentiges Risiko, jemals an Krebs zu erkranken, und ein 13,2 prozentiges Risiko, in den nächsten zehn Jahren zu erkranken (vgl. Tabelle 46). Im Alter von 75 Jahren verringert sich die Wahrscheinlichkeit, jemals an Krebs zu erkranken für Männer auf 39,9 %, für Frauen auf 26,7 % (RKI 2017 und ZKR, S. 22).

Das Risiko, an Krebs zu versterben, beträgt für 65-jährige Männer 24,4 %, für Frauen 17,6 % (vgl. Tabelle 67). Bei 75-Jährigen liegt bei den Männern ein 21 prozentiges, bei Frauen bei 14,4 prozentiges Sterberisiko vor (Gesamtlebenszeitrisko an Krebs zu versterben: Männer 25,7 %, Frauen 20,1 %) (RKI und ZKR 2017, S. 22).

32 Die dargestellten Daten beruhen auf Eintragungen in den Krebsregistern der Bundesländer, die nicht immer vollständig sind. Dies sollte bei der Interpretation der Angaben beachtet werden.

Geschätzte altersspezifische Krebsinzidenzraten

Tumorgruppe	Altersgruppe	Inzidenzrate (je 100.000 EW)	
		Männer	Frauen
Krebs gesamt* (ICD 10 C00-97 ohne C44)**	65 bis 69 Jahre	1.770,37	1.095,69
	70 bis 74 Jahre	2.268,47	1.228,27
	75 bis 79 Jahre	2.544,01	1.469,92
Prostata	65 bis 69 Jahre	503,29	—
	70 bis 74 Jahre	628,67	—
	75 bis 79 Jahre	613,94	—
Brust	65 bis 69 Jahre	3,68	359,68
	70 bis 74 Jahre	5,00	302,38
	75 bis 79 Jahre	6,89	352,53
Lunge	65 bis 69 Jahre	245,93	118,11
	70 bis 74 Jahre	313,38	121,01
	75 bis 79 Jahre	334,49	104,60
Darm	65 bis 69 Jahre	212,73	117,27
	70 bis 74 Jahre	283,37	164,24
	75 bis 79 Jahre	357,33	221,89
Gebärmutterkörper	65 bis 69 Jahre	—	59,95
	70 bis 74 Jahre	—	68,50
	75 bis 79 Jahre	—	82,24
Mund und Rachen	65 bis 69 Jahre	64,37	21,48
	70 bis 74 Jahre	55,45	19,44
	75 bis 79 Jahre	47,76	19,06
Magen	65 bis 69 Jahre	56,84	23,79
	70 bis 74 Jahre	75,90	37,45
	75 bis 79 Jahre	100,39	46,76
Speiseröhre	65 bis 69 Jahre	38,15	8,25
	70 bis 74 Jahre	49,67	9,34
	75 bis 79 Jahre	41,12	9,10

* Ohne sonstige Tumore der Haut. ** Ohne nicht-melanotischen Hautkrebs.

>> Tab. 45: Geschätzte altersspezifische Krebsinzidenzraten nach Tumorgruppen, Altersgruppen und Geschlecht, Fallzahlen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (EW) im Jahr 2014; Datenquelle: GEKID 2017; Datenbasis: GEKID; Darstellung verändert.

Krebserkrankungs- und Sterberisiko (in Prozent)

	Erkrankungsrisiko Krebs		Sterberisiko Krebs	
	In den nächsten 10 Jahren	Jemals	In den nächsten 10 Jahren	Jemals
Männer im Alter von ...				
65 Jahren	20,3	47,3	7,9	24,4
75 Jahren	27,2	39,9	12,7	21,0
Lebenszeitrisiko		50,4		25,7
Frauen im Alter von ...				
65 Jahren	13,2	34,6	4,9	17,6
75 Jahren	16,7	26,7	7,9	14,4
Lebenszeitrisiko		43,5		20,1

» Tab. 46: Krebserkrankungs- und Sterberisiko in Deutschland nach Alter und Geschlecht, ICD 10 C00-97 ohne C44, 2017. Quelle: RKI und ZKR 2017, S. 22; Datenbasis: ZKR 2014; Darstellung auszugsweise und verändert.

Seit den 1990er Jahren geht die (altersstandardisierte) Krebssterblichkeit zurück, d. h. Menschen versterben seltener und später an Krebs. Dies ist auf Fortschritte der Behandlung und vermutlich auf die Möglichkeiten der Früherkennung zurückzuführen und hat zur gestiegenen Lebenserwartung beigetragen (RKI 2016a, S. 25).

Im Jahr 2015 stellten Neubildungen, bezogen auf alle Todesursachen, bei 42,3 % (65 bis 69 Jahre), 38,5 % (70 bis 74 Jahre) und 31,3 % (75 bis 79 Jahre) der Verstorbenen die Todesursache dar (Statistisches Bundesamt 2017h, S. 9).

Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems

Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems entstehen infolge einer fortlaufenden Verhärtung und Verengung der Arterien (Arteriosklerose) und werden durch Bluthochdruck, Übergewicht, überhöhte Blutfettwerte, Diabetes und übermäßigem Alkohol- und Nikotinkonsum gefördert. Sie umfassen vor allem die beiden Hauptgruppen der ischämischen

Herzerkrankungen (Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße) und der zerebrovaskulären Erkrankungen (Durchblutungsstörungen der Blutgefäße im Gehirn). Zu den ischämischen Herzerkrankungen zählen die koronare Herzkrankheit (KHK), deren Hauptsymptom die Angina pectoris (schmerzhafte Brustenge) ist, der Herz- bzw. Myokardinfarkt (Verschlusses eines Herzkranzgefäßes als akute Komplikation einer KHK) sowie die chronische Herzinsuffizienz (Herzmuskelschwäche), die überwiegend auf eine KHK zurückzuführen ist. Die wichtigste akute Komplikation einer zerebrovaskulären Durchblutungsstörung ist der Schlaganfall, der meistens durch eine plötzliche Mangeldurchblutung von wichtigen Gehirnarealen, oftmals aber auch durch eine Gehirnblutung verursacht wird.

Im Jahr 2015 starben 25,5 % der 65- bis 69-Jährigen, 28,9 % der 70- bis 74-Jährigen und 34,8 % der 75- bis 79-Jährigen an Krankheiten des Kreislaufsystems (vgl. Statistisches Bundesamt 2017h, S. 10). In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen

Prävalenz für koronare Herzkrankheiten (in Prozent)

	Frauen		Männer	
	(95 %-KI)		(95 %-KI)	
Gesamt	3,7	[3,3–4,2]	6,0	[5,5–6,5]
Alter				
18 bis 44 Jahre	0,2	[0,1–0,4]	0,4	[0,2–0,7]
45 bis 54 Jahre	0,9	[0,6–1,5]	3,4	[2,5–4,6]
55 bis 64 Jahre	3,4	[2,5–4,6]	7,7	[6,2–9,4]
65 bis 74 Jahre	7,1	[5,6–8,8]	13,0	[11,2–15,0]
75 Jahre und älter	16,0	[13,3–19,2]	24,1	[21,1–27,4]
Bildung				
Untere Bildungsgruppe	7,3	[6,1–8,7]	6,5	[5,3–8,0]
Mittlere Bildungsgruppe	3,1	[2,5–3,7]	6,2	[5,4–7,1]
Obere Bildungsgruppe	1,2	[0,8–1,8]	5,2	[4,5–6,1]
Gesamt (Frauen und Männer)	4,8	[4,5–5,2]	4,8	[4,5–5,2]

>> Tab. 47: Prävalenz für koronare Herzkrankheiten bei Frauen und Männern nach Alters- und Bildungsgruppen. Quelle: Busch und Kuhnert 2017a, S. 66; Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS; Darstellung verändert.

war der Anteil der an Krankheiten des Kreislaufsystems Verstorbenen bei den Männern höher als bei den Frauen (ebd.). Bei den 75- bis 79-Jährigen waren die Anteile in etwa gleich hoch, während in den höheren Altersgruppen der Anteil der Frauen überwog (ebd.).

Die koronare Herzkrankheit (KHK) und damit verbunden der Myokardinfarkt (Herzinfarkt) bildeten in der betrachteten Alterskohorte der 65- bis unter 80-Jährigen im Jahr 2015 die zweit- bis dritthäufigste Todesursache (Statistisches Bundesamt 2017i).

Ein Myokardinfarkt geht in der Regel mit starken Schmerzen in der Brust und anderen Symptomen einher. Für beide Geschlechter ist der starke Brustschmerz zwar das häufigste Symptom, allerdings tritt der Infarkt bei Frauen häufiger als bei Männern

ohne Brustschmerz auf. Untersuchungen kommen zu unterschiedlichen Befunden, wie groß die Unterschiede sind bzw. wie häufig dies geschieht (zusammenfassend Härtel 2016, S. 158). Frauen verspüren signifikant häufiger Symptome wie Müdigkeit, Nacken- und Kieferschmerzen, Übelkeit und Schwindel (Coventry u. a. nach Härtel 2016, S. 159). Andere Untersuchungen beschrieben signifikant häufigere Schmerzen im linken Arm, im Rücken bzw. am linken Schulterblatt sowie im Kiefer-Halswinkel und Begleiterecheinungen wie Todesangst und Übelkeit mit Erbrechen (RKI 2006, S. 22). Für die Heilungschancen sind das rechtzeitige Erkennen und die schnelle Behandlung entscheidend.

Die Prävalenz für die gesamte Gruppe der koronaren Herzkrankheiten nimmt mit zunehmenden

Schlaganfall oder chronische Beschwerden in Folge eines Schlaganfalls (in Prozent)

	Frauen		Männer	
		(95 %-KI)		(95 %-KI)
Gesamt	1,7	[1,4–2,0]	1,5	[1,3–1,8]
Alter				
18 bis 44 Jahre	0,3	[0,1–0,6]	0,1	[0,0–0,4]
45 bis 54 Jahre	0,5	[0,2–1,0]	0,9	[0,5–1,5]
55 bis 64 Jahre	1,3	[0,8–2,0]	1,6	[1,1–2,5]
65 bis 74 Jahre	3,4	[2,5–4,7]	3,8	[2,8–5,2]
75 Jahre und älter	6,4	[4,8–8,5]	6,1	[4,7–8,0]
Bildung				
Untere Bildungsgruppe	3,6	[2,7–4,7]	1,9	[1,3–2,6]
Mittlere Bildungsgruppe	1,2	[0,9–1,6]	1,5	[1,2–2,0]
Obere Bildungsgruppe	0,6	[0,4–1,1]	1,3	[1,0–1,7]
Gesamt (Frauen und Männer)	1,6	[1,4–1,8]	1,6	[1,4–1,8]

» Tab. 48: Frauen und Männer, die in den letzten 12 Monaten einen Schlaganfall oder chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls angeben (in Prozent). Quelle: Busch und Kuhnert 2017b, S. 73; Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS; Darstellung verändert.

dem Alter deutlich zu: 7,1 % der 65- bis 74-jährigen Frauen und 16 % der ab 75-jährigen Frauen gaben 2014/2015 an, in den letzten 12 Monaten unter einer koronaren Herzkrankheit (definiert als Herzinfarkt, chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarktes oder einer Angina pectoris) gelitten zu haben. Höher lagen diese Anteile bei den Männern: 13 % der 65- bis 74-Jährigen und 24,1 % der ab 75-Jährigen berichteten über eine koronare Herzkrankheit (Busch und Kuhnert 2017a, S. 66). Insbesondere bei Frauen zeigte sich ein auffälliger Unterschied zwischen den Bildungsgruppen: Frauen der unteren Bildungsgruppe waren deutlich häufiger von koronaren Herzkrankheiten betroffen (vgl. Tabelle 47). Bei den Männern fällt dieser Unterschied geringer aus (Busch und Kuhnert 2017a, S. 64).

Der Schlaganfall ist die wichtigste Erkrankung in der Gruppe der zerebrovaskulären Erkrankungen (RKI 2015, S. 44). Als Schlaganfall werden verschiedene Erkrankungen des Hirns bezeichnet, die durch eine plötzlich auftretende Schädigung des Hirngewebes infolge eines Gefäßverschlusses (ischämischer Schlaganfall) oder einer Hirnblutung (hämorrhagischer Schlaganfall) verursacht wird (ebd.). Am häufigsten treten ischämische Schlaganfälle auf (80 bis 85 %) (Busch und Kuhnert 2017b, S. 70). Zu den Symptomen eines Schlaganfalls zählen einseitig auftretende Lähmungserscheinungen bzw. Taubheitsgefühle, Seh- und Sprachstörungen (Diehm 2011, S. 59 f.). Eine schnelle Behandlung im Krankenhaus senkt die Sterblichkeit und die Gefahr bleibender Hirnschäden.

Die Prävalenz von Schlaganfällen wächst mit zunehmendem Alter [RKI 2015, S. 45]. 3,4 % der 65- bis 74-jährigen Frauen und 3,8 % der gleichaltrigen Männer gaben in der Erhebung 2013/2014 an, in den letzten 12 Monaten einen Schlaganfall oder chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls erlitten zu haben [Busch und Kuhnert 2017b, S. 73] (vgl. Tabelle 48).

Die Studie DEGS1 berichtet Lebenszeitprävalenzen für einen Schlaganfall von 3,1 % bei 60- bis 69-jährigen Frauen und 5,4 % bei Männern dieser Altersgruppe. 6,3 % der 70- bis 79-jährigen Frauen berichteten, schon einmal die Diagnose eines Schlaganfalls erhalten zu haben und 8,1 % der 70- bis 79-jährigen Männer [Busch u. a. 2013a, S. 657]. In verschiedenen Studien zeigte sich, dass Menschen mit niedriger Bildung und niedrigerem sozioökonomischen Status in allen Altersgruppen ein größeres Risiko haben, jemals einen Schlaganfall zu erleiden. Bei Frauen ist dieser Zusammenhang stärker ausgeprägt als bei Männern (ebd.; Busch und Kuhnert 2017b, S. 72).

Bluthochdruck (Hypertonie)

Bluthochdruck ist einer der wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf- und viele weitere Erkrankungen. Er wird überwiegend durch entsprechende Erbanlagen, Alter, Geschlecht und verschiedene ungünstige Ernährungs- und Lebensbedingungen verursacht. Das Risiko, an Hypertonie zu erkranken, nimmt mit dem Alter zu [Neuhauser u. a. 2013, S. 799]. Im DEAS 2014 gaben 39 % der 55- bis 69-jährigen Frauen und 46,2 % der gleichaltrigen Männer an, schon einmal die Diagnose einer Hypertonie erhalten zu haben. In der Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen waren es 54 % der Frauen und 56,1 % der Männer. In Ostdeutschland gab ein höherer Anteil der Befragten an, eine Hypertonie-Diagnose erhalten zu haben als in Westdeutschland [GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen].

In der DEGS1 wurden zusätzlich zur Frage nach einer vorhandenen Diagnose Blutdruckmessungen durchgeführt. Als Hypertonie wurden alle Fälle definiert, bei denen die Blutdruckwerte systolisch ≥ 140 oder diastolisch ≥ 90 mmHg betrugen oder Medikamente gegen Bluthochdruck eingenommen wurden. In der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen lag demnach bei 60,7 % der Frauen und 58,8 % der Männer eine Hypertonie vor. In der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen waren knapp drei Viertel der Untersuchten betroffen, nämlich 74,7 % der Frauen und 73,6 % der Männer [Neuhauser u. a. 2013, S. 799]. Frauen mit hohem Sozialstatus wiesen insgesamt deutlich geringere Werte auf als Frauen mit niedrigem Sozialstatus. Dieser Unterschied fiel in der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen allerdings geringer aus (ebd., S. 797 ff.). Bei den Männern zeigt sich dieser Unterschied nicht (ebd.).

Harninkontinenz

Inkontinenz, d. h. das Unvermögen, den Harn willkürlich zurückzuhalten, wurde im Jahr 1998 von der WHO als eigenständige Krankheit anerkannt. Sie tritt in unterschiedlichen Formen (z. B. Belastungsinkontinenz, Dranginkontinenz) auf und kann die Lebensqualität im Alltag erheblich beeinträchtigen. Aktuelle Erhebungen zur Prävalenz von Harninkontinenz liegen derzeit nicht vor und vorhandene ältere Angaben variieren stark [RKI 2015, S. 419]. Schätzungen haben ergeben, dass ca. 11 % der Menschen über 60 Jahre von Inkontinenz betroffen sind. Untersuchungen konnten zeigen, dass vor allem ab dem 70. Lebensjahr die Zahl der Erkrankten ansteigt: Ab dem 74. Lebensjahr wurde bei ca. 30 % der Frauen und 42 % der Männer eine Inkontinenz festgestellt (vgl. zusammenfassend Seizmair 2011, S. 23). Dabei ist davon auszugehen, dass die Dunkelziffer noch höher ist, da Inkontinenz aufgrund von Scham und Tabuisierung oft nicht angegeben wird (ebd.).

Inkontinenz kann verschiedene Ursachen haben, von denen häufig mehrere vorhanden sind, z. B. physiologische Auslöser (wie Blasenschließmuskelschwäche), andere zugrundeliegende Erkrankungen wie Prostataleiden, Harnwegsinfekte oder Tumoren, aber auch Multimedikation, neuronale Veränderungen und psychosoziale Faktoren sind von Bedeutung. Studien haben weiterhin gezeigt, dass eine hohe Anzahl der Menschen (50 % bis 70 %), die an Inkontinenz leiden, keine professionelle Hilfe in Anspruch nimmt (ebd., S. 27 f.).

Infektionskrankheiten

Infektionskrankheiten verlaufen im Alter häufig schwerer und können lebensbedrohlich sein. Daten hierzu werden vom Robert Koch-Institut erhoben (RKI 2017c).

Zu den Infektionskrankheiten, die in der Altersgruppe der 65- bis unter 70-Jährigen im Jahr 2015 gemeldet wurden, zählen vor allem Durchfallerkrankungen: Die Norovirus-Gastroenteritis (Durchfallerkrankung, Viren) mit 75,4 Fällen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (EW), *Campylobacter*-Enteritis (Durchfallerkrankung, Bakterien) mit 68,1 Fällen je 100.000 EW, die Rotavirus-Erkrankung (Durchfallerkrankung) mit 17 Fällen und die Salmonellose mit 11,9 Fällen je 100.000 EW (RKI 2017c).

Im Winterhalbjahr 2015/2016 erkrankten deutlich mehr Menschen als in den Vorjahren an einem grippalen Infekt. Im Jahr 2015 wurden 50,4 Influenza-Fälle pro 100.000 Personen gemeldet. In den Jahren 2001 bis 2014 lag die Zahl der Erkrankungsfälle dagegen deutlich niedriger (0,5 bis 30,3 Fälle pro 100.000 EW) (RKI 2017c). Zur Inanspruchnahme von Gripeschutzimpfungen vgl. Seite 112.

MRSA

Eine meldepflichtige Infektionskrankheit, die in den letzten Jahren verstärkt auch medial thematisiert wird, ist die Infektion mit MRSA (Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*). Bei dem Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* handelt es sich um ein Bakterium, das resistent gegen Methicillin und andere β -Lactam-Antibiotika ist (EARSS 2009, S. 56). MRSA ist heute der häufigste antibiotikaresistente Erreger und führt zu verlängerten Krankenhausaufenthalten und erhöhter Sterblichkeit (ebd.). Bis Ende der 1990er Jahre traten die Bakterien fast nur in Krankenhäusern auf, inzwischen jedoch auch außerhalb der Einrichtungen und seit 2005 verstärkt bei Nutztieren (RKI 2011b, S. 233).

Da ältere Menschen häufiger in Krankenhäusern behandelt werden, sind sie durch diese Bakterien besonders gefährdet. Die Risikofaktoren, von denen viele insbesondere ältere Menschen betreffen, sind vielfältig, u. a. chronische Pflegebedürftigkeit, Antibiotikatherapie in den letzten sechs Monaten, liegende Katheter, Dialysepflichtigkeit, Hautulcus, Gangrän, chronische Wunden, tiefe Weichteilinfektionen und Brandverletzungen (RKI 2011b, S. 234).

Im Jahr 2015 wurden neun Fälle je 100.000 EW bei 65- bis 70-Jährigen gemeldet und 17,6 Fälle bei ab 70-jährigen Menschen (alle Altersgruppen: 4,4 je 100.000 EW) (RKI 2017c). In Blutkulturen aus der stationären Versorgung (z. B. aus Kliniken) wurde 2015 eine MRSA-Prävalenz von 12,1 % und 2016 von 10,6 % ermittelt (RKI 2018a, S. 57). Insgesamt ist seit einigen Jahren jedoch ein Rückgang der MRSA-Prävalenzen zu verzeichnen (ebd.).

Die Besiedelung mit MRSA-Keimen bedeutet nicht zwangsläufig, dass die betroffenen Menschen erkranken, sie haben allerdings ein erhöhtes Risiko dafür und können die Erreger weiter verbreiten, wenn nicht geeignete Gegenmaßnahmen ergriffen werden.

» 04.3 Psychische Erkrankungen

Gesundheit umfasst nach der bekannten Definition der WHO (1946) nicht nur den körperlichen Zustand und die Abwesenheit von Krankheiten, sondern auch das psychische Wohlbefinden. Die psychische Gesundheit ist von großer Bedeutung für die Lebensqualität und die Leistungsfähigkeit.

In einem Zusatzmodul der DEGS1-Studie wurden Teilnehmende in einem umfangreichen klinischen Interview zu ihrer psychischen Gesundheit befragt. Demzufolge war rund ein Fünftel der 65- bis 79-Jährigen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung von einer psychischen Erkrankung betroffen, ein Viertel der Frauen (25,3 %) und 14,9 % der Männer dieser Altersgruppe (Jacobi u. a. 2014, S. 82).

Psychische Erkrankungen werden zum einen nicht immer ärztlich diagnostiziert und gehen zum anderen mit unterschiedlicher subjektiver Belastung einher. Deshalb ist die selbst eingeschätzte seelische Belastung älterer Menschen ein guter Indikator für das psychische Wohlbefinden. Das Robert Koch-Institut fragte in der GEDA-Studie 2012 nach der Anzahl der Tage innerhalb der letzten

vier Wochen, an denen die seelische Gesundheit der Befragten nach eigener Einschätzung nicht gut war, sowie nach der Anzahl der Tage, an denen die Befragten durch ihr seelisches Befinden in der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten beeinträchtigt waren. In der Auswertung wurden diejenigen als seelisch belastet eingestuft, die mindestens 14 Tage innerhalb der letzten vier Wochen wegen ihres seelischen Befindens beeinträchtigt waren (RKI 2014d, S. 1). Dies gaben in der Altersgruppe ab 65 Jahre gut jede zehnte Frau und 5,9 % der Männer an (ebd., S. 3). Männer und Frauen der unteren Bildungsgruppe gaben häufiger seelische Belastungen an als die der mittleren und oberen Bildungsgruppe (vgl. Tabelle 49).

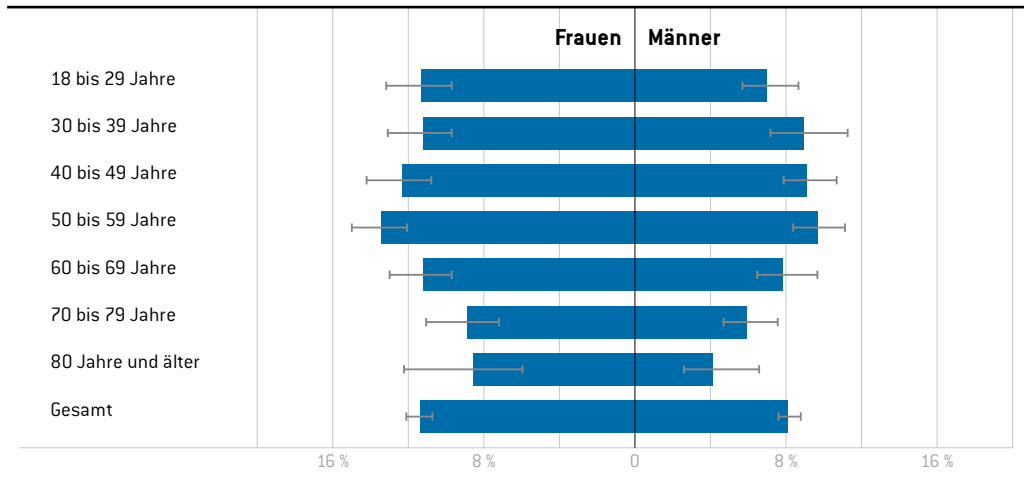
Im DEAS werden die Teilnehmenden gebeten, eine Liste von Krankheiten anzusehen mit der Frage »Hat Ihnen ein Arzt schon einmal gesagt, dass Sie unter einer der dort aufgeführten Krankheiten leiden?« (vgl. GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen). Im Jahr 2014 berichtete jede bzw. jeder zehnte 55- bis 69-jährige Befragte von der ärztlichen Diagnose einer seelischen Erkrankung (z. B. Angstzustände, Depressionen, Psychosen) (vgl. GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen). In der Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen war der Anteil gut halb so groß (5,4 %). Frauen

Beeinträchtigung durch seelische Belastung ab 65 Jahre (in Prozent)

Bildungsgruppe	Frauen		Männer	
		(95 %-KI)		(95 %-KI)
Gesamt	10,8	(9,2–12,6)	5,9	(4,5–7,8)
Untere Bildungsgruppe	12,3	(9,3–16,2)	9,8	(4,0–21,9)
Mittlere Bildungsgruppe	9,6	(8,1–11,2)	5,6	(4,1–7,7)
Obere Bildungsgruppe	9,5	(7,5–11,9)	4,6	(3,5–6,0)

» Tab. 49: Beeinträchtigung durch seelische Belastungen im Alter von 65 Jahren und mehr nach Geschlecht und Bildungsgruppe (in Prozent, 95 %-Konfidenzintervall in Klammern). Quelle: RKI 2014d, S. 3; Datenbasis GEDA 2012; Darstellung auszugsweise und verändert.

Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen



» Abb. 17: Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen (in Prozent, mit 95 %-Konfidenzintervall).
Quelle: Rommel u. a. 2017, S. 11; Lizenz CC-BY-4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS; Darstellung verändert.

berichteten in beiden Altersgruppen häufiger als Männer, unter seelischen Erkrankungen zu leiden: In der Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen gaben 12,9 % der Frauen und 8,1 % der Männer, unter den 70- bis 85-Jährigen 6,7 % der Frauen und 3,9 % der Männer eine seelische Erkrankung an (ebd.).

Personen mit psychischen Erkrankungen werden u. a. in Krankenhäusern behandelt. Bei Betrachtung der im Krankenhaus Behandelten mit der Diagnose »psychische und Verhaltensstörungen« zeigt sich, dass 65- bis 74-jährige Männer am häufigsten von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD10: F10-F19, hierzu zählt z. B. die Alkoholabhängigkeit) betroffen sind, Frauen dieser Altersgruppe dagegen von affektiven Störungen, z. B. Depressionen (ICD10: F30-F39) (Statistisches Bundesamt 2018e). Entsprechend der mit zunehmendem Alter steigenden Demenzprävalenz gewinnt die Diagnose »organische, einschließlich symptomatischer psychischer

Störungen (F00-F09)« – hierzu zählen auch die demenziellen Erkrankungen – in den höheren Altersgruppen an Bedeutung (ebd.).

Die Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen liegt in den höheren Altersgruppen trotz der zunehmenden Rate demenzieller Erkrankungen deutlich unter dem Durchschnitt (Rommel u. a. 2017, S. 11). So hatten 8,9 % der 70- bis 79-jährigen Frauen und 5,9 % der gleichaltrigen Männer innerhalb eines Jahres psychiatrische oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen (vgl. Abbildung 17).

Einen Einfluss auf psychische Erkrankungen im Alter (wie Depressionen und Angststörungen) haben vermutlich auch traumatische Erfahrungen aus der Zeit des Nationalsozialismus und Kriegshandlungen. Allerdings werden derartige Traumatisierungen häufig nicht erkannt, »weil es sich um Massenerscheinungen handelt, deren individuelle Wirkungen verleugnet werden« (Stein 2009, S. 76).

Glaesmer u. a. stellten in einer Untersuchung fest, dass 40 % bis 50 % der Menschen, die bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges geboren wurden, über traumatische Erfahrungen berichten (Glaesmer u. a. 2010, zitiert nach Glaesmer 2012). Durch psychosoziale Veränderungen im Alter wie dem Wegfall der Berufsrolle, dem Verlust sozialer Beziehungen oder zunehmender Pflegebedürftigkeit können Anpassungs- und Stabilisierungsprozesse der Psyche verringert werden. Traumatisierungssituationen können dann, z. B. durch das Erleben von Hilflosigkeit und Ausgeliefert-Sein, reaktiviert werden (Kipp 2009, S. 71). Vor diesem Hintergrund erscheint eine stärkere Sensibilisierung für diese Prozesse u. a. im Rahmen ärztlicher und psychotherapeutischer Behandlungen erforderlich.

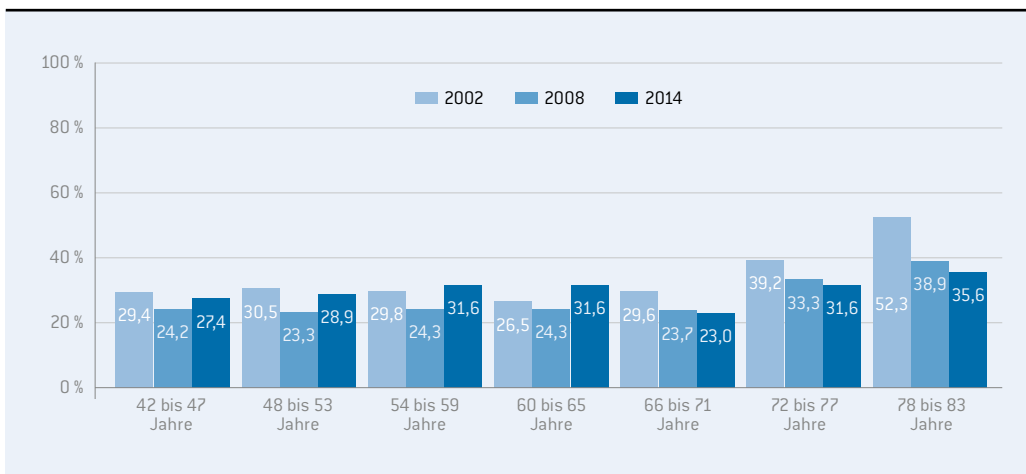
Depressionen

Depressionen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen der 65- bis unter 80-Jährigen.

In der betrachteten Altersgruppe treten typischerweise gehäuft Veränderungen auf, die Einfluss auf die Entwicklung einer Depression nehmen können, z. B. die Berentung, der Verlust von Angehörigen und Menschen aus dem sozialen Netzwerk sowie das Auftreten gesundheitlicher Einschränkungen (Weyerer und Bickel 2007, S. 115). Insbesondere funktionelle Beeinträchtigungen aufgrund körperlicher Erkrankungen und ein eingeschränktes soziales Netzwerk gelten als Risikofaktoren für depressive Symptome (zusammenfassend Riedel-Heller und Luppä 2013, S. 173).

In der Erhebung GEDA 2014/2015 wurden die Teilnehmenden danach gefragt, ob sie jemals die ärztliche Diagnose einer Depression erhalten und ob sie in den letzten 12 Monaten darunter gelitten haben. In der Altersgruppe der ab 65-Jährigen traf dies auf 8 % der Frauen und 5 % der Männer zu (Thom u. a. 2017, S. 74). Insbesondere bei den Frauen zeigten sich deutliche Bildungsunterschiede: Frauen in der

Anteile der Personen mit mindestens leichten depressiven Symptomen



>> Abb. 18: Anteile der Personen mit mindestens leichten depressiven Symptomen nach Alter, in den Jahren 2002, 2008 und 2014 (in Prozent). Quelle: Wolff und Tesch-Römer 2017, S. 180; Lizenz: CC 2.5, <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>; Datenbasis: DEAS 2002, 2008 und 2014; Darstellung verändert.

unteren Bildungsgruppe berichteten fast doppelt so häufig über Depressionen in den letzten 12 Monaten im Vergleich zur oberen Bildungsgruppe (vgl. Tabelle 122 auf Seite 215).

Stärker altersdifferenziert wurde die Häufigkeit von Depressionen in der Studie DEGS1 erhoben. Teilnehmende wurden gefragt, ob bei ihnen »jemals von einem Arzt oder einem Psychotherapeuten eine Depression festgestellt« wurde und ob diese auch in den letzten 12 Monaten aufgetreten war (Busch u. a. 2013b, S. 734). Frauen zwischen 60 bis 69 Jahren berichteten zu 22,9 %, Männer zu 11,6 %, dass sie schon einmal eine Depressionsdiagnose erhalten hatten. In der Altersgruppe der 70 bis 79-Jährigen waren es mit 14 % der Frauen und 7,9 % der Männer deutlich weniger. In den vorangegangenen 12 Monaten hatte knapp die Hälfte derjenigen, die schon einmal eine Diagnose erhalten hatten, unter Depressionen gelitten (vgl. Tabelle 123 auf Seite 216).

Im DEAS werden depressive Symptome mit einer Kurzfassung der Allgemeinen Depressionsskala³³ erfragt (Wolff und Tesch-Römer 2017, S. 174 f.). Auffällig sind die hohen Prävalenzen für mindestens leichte depressive Symptome, die im Jahr 2014 ein Viertel bis ein Drittel der 60- bis 83-Jährigen aufwiesen (vgl. Abbildung 18). Der Anteil der Personen mit leichten depressiven Symptomen ist in der Altersgruppe der ab 66-Jährigen zwischen den Jahren 2002 und 2008 gesunken und bis 2014 stabil geblieben (Wolff und Tesch-Römer 2017, S. 180).

Nach einer repräsentativen Querschnittsuntersuchung der ab 50-jährigen deutschen Bevölkerung zeigte sich, dass Menschen mit eigener Migrationserfahrung eine höhere Prävalenz depressiver

Symptome³⁴ aufweisen als Menschen ohne diese Erfahrung (Aichberger u. a. 2012, S. 118 f.). Eine genauere Unterteilung der Altersgruppen oder nach Herkunftsländern wurde nicht vorgenommen.

In den vergangenen Jahren wurde zunehmend eine mangelnde Diagnostik und Versorgung von Depressionen bei älteren Menschen problematisiert (zusammenfassend Kammerer u. a. 2019). Depressionen wirken sich negativ auf die Lebensqualität und Alltagskompetenz aus und haben einen ungünstigen Einfluss auf den Verlauf verschiedener Erkrankungen (Blazer 2003, zitiert nach Riedel-Heller und Luppä 2013, S. 173).

Zu den möglichen Folgen von Depressionen gehört auch Suizidalität. Nach Schätzungen der WHO wird ein Anteil von 65 % bis 95 % aller Suizide durch psychische Erkrankungen verursacht, wobei Depressionen die häufigsten sind (Krug u. a. 2002, zitiert nach RKI 2015, S. 415). Weiterhin zählen chronische Erkrankungen und Schmerzen, körperliche Funktionseinschränkungen und soziale Isolation zu den wichtigsten Risikofaktoren (Van Orden und Conwell 2011, zitiert nach ebd.). Die Suizidrate steigt mit zunehmendem Alter an. Während die Männer geringere Depressionsraten aufweisen, liegt die Zahl der Sterberaten durch Suizid bei ihnen deutlich höher als bei den Frauen (vgl. Abbildung 19). Dabei werden Suizidraten im höheren Alter vermutlich unterschätzt, da verdeckte suizidale Verhaltensweisen wie das Einstellen von Essen und Trinken nicht erkannt werden (Weyerer und Bickel 2007, S. 131 f.).

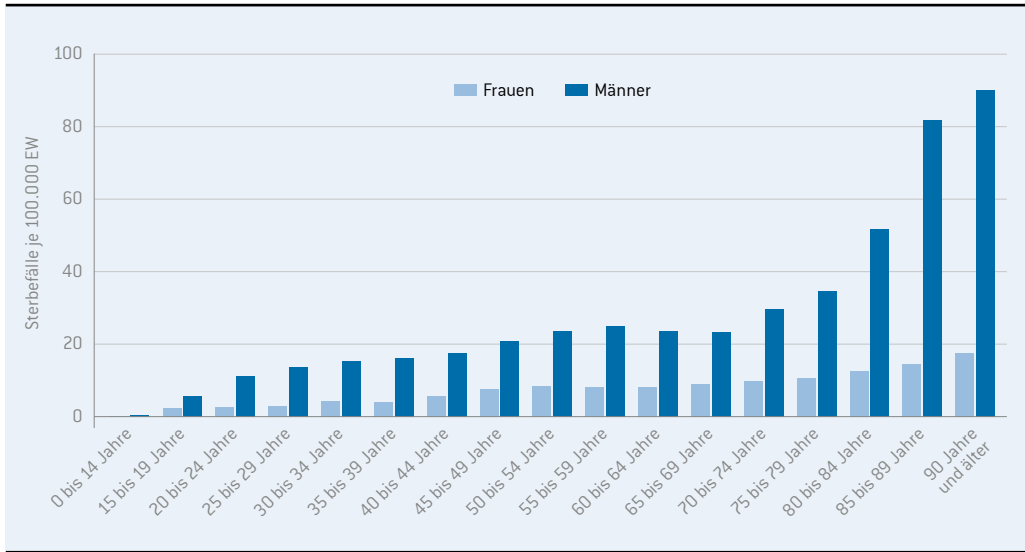
Demenz

Demenzen zählen zu den häufigsten psychiatrischen Krankheiten bei älteren Menschen (RKI

33 Es handelt sich um die Skala ADS-K (Hautzinger und Bailer 1993). Die Kurzfassung enthält 15 Fragen zu emotionalen, motivationalen, kognitiven, somatischen und interaktionalen Beschwerden (vgl. Wolff und Tesch-Römer 2017, S. 174 f.).

34 Depressive Symptome wurden durch die EURO-D-Skala erfasst.

Sterberaten durch Suizid



» Abb. 19: Sterberaten durch Suizid (ICD-10: X60 bis X84) nach Alter bei Männern und Frauen je 100.000 EW. Quelle: RKI 2015, S. 415; Datenbasis: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik, Stand 2013; Darstellung verändert.

2005, S. 7). In der betrachteten Altersgruppe der 65- bis 80-Jährigen sind Demenzen jedoch noch weniger verbreitet als die depressiven Erkrankungen. Demenz ist ein Syndrom, das mit einer (zunehmend schwerwiegenden) Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit, des Gedächtnisses, der Sprache, der Orientierung und des Urteilsvermögens einhergeht (Deutsche Alzheimergesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz 2016, S. 1).

Etwa zwei Drittel der Demenzen werden von der Alzheimer-Krankheit verursacht, gefolgt von vaskulären Demenzen, bei denen Schädigungen der Blutgefäße im Gehirn ursächlich sind (ebd.). Mischformen der beiden Krankheitsprozesse treten häufig

auf (ebd.). Auch andere Erkrankungen, z. B. Morbus Parkinson können zu einer Demenz führen.³⁵ Alter ist der wichtigste Risikofaktor für Prävalenz und Inzidenz der Demenz, insbesondere der Alzheimer-Demenz (RKI 2005, S. 10). Die Prävalenzraten steigen mit dem Alter stark an und verdoppeln sich annähernd alle fünf Jahre. Während ca. 1,6 % der 65- bis 69-Jährigen betroffen sind, sind es 3,5 % der 70- bis 74-Jährigen und 7,3 % der 75- bis 79-Jährigen (vgl. Tabelle 50).

Als besonders problematisch wird die Situation von Menschen mit Migrationshintergrund, die an demenziellen Erkrankungen leiden, eingeschätzt. Die Diagnose und der Zugang zu Beratungs- und

35 Durchschnittlich 40 %, bei zunehmender Krankheitsdauer 80 % der Morbus Parkinson-Patientinnen und -Patienten entwickeln eine Demenz (Weindl 2011, S. 124).

Prävalenz von Demenzen

Altersgruppe	Mittlere Prävalenz nach EuroCoDe (%)			Geschätzte Zahl Demenzkranker in Deutschland Ende des Jahres 2014 (absolut)		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
65 bis 69 Jahre	1,79	1,43	1,60	34.500	29.800	64.300
70 bis 74 Jahre	3,23	3,74	3,50	66.500	88.500	155.000
75 bis 79 Jahre	6,89	7,63	7,31	124.800	175.300	300.100
80 bis 84 Jahre	14,35	16,39	15,60	137.000	236.300	373.300
85 bis 89 Jahre	20,85	28,35	26,11	100.000	277.400	377.400
90 Jahre und älter	29,18	44,17	40,95	44.200	237.500	281.700
65 Jahre und älter	6,87	10,77	9,08	507.000	1.044.800	1.551.800

» Tab. 50: Prävalenz von Demenzen nach Geschlecht und Altersgruppen [in Prozent]. Quelle: Deutsche Alzheimergesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz 2016, S. 2; Datenbasis: Alzheimer Europe. EuroDoDe: Prevalence of dementia in Europe; Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2011; Darstellung verändert.

Behandlungsangeboten ist schwierig und erfolgt häufig spät, u. a. aufgrund von Sprachbarrieren, kulturspezifischem Krankheitsverständnis und dem Fehlen von Angeboten, die auf diese Zielgruppe ausgerichtet sind (Maevskaya 2015, S. 3).

Die Pflege demenzkranker Menschen ist eine besondere Herausforderung, u. a. da mit Fortschreiten der Erkrankung eine sehr engmaschige Betreuung erforderlich wird. Demenzen sind der häufigste Grund für einen Umzug ins Pflegeheim. Rund zwei Drittel der Heimbewohnerinnen und -bewohner sind von Demenz betroffen (Schäufele u. a. 2013, S. 202).

zu Hause oder in der näheren Umgebung wie dem Garten oder der Garage (ebd., S. 14 f.), während in jüngeren Altersgruppen Unfälle an Arbeits- und Bildungsstätten eine größere Rolle spielen.

Stürze

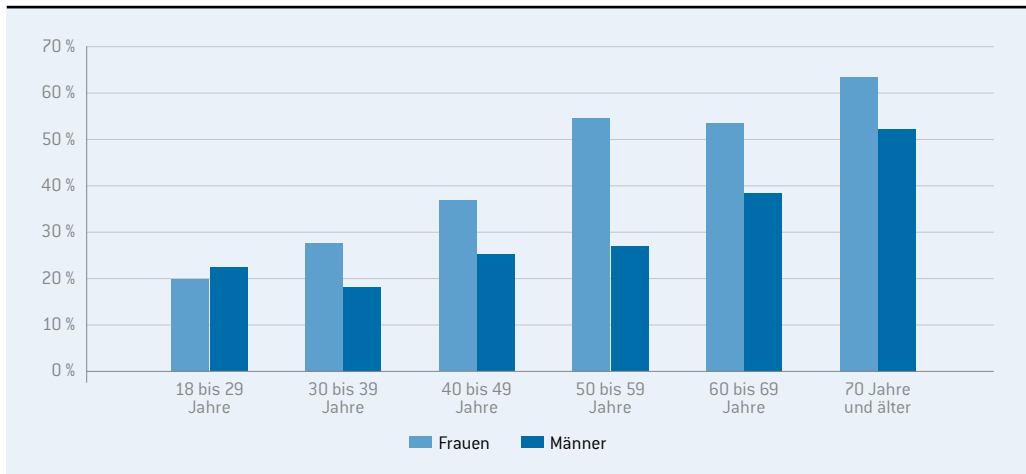
Im Alter ab 60 Jahren lassen sich über die Hälfte der Unfälle (53,7 %) auf Stürze zurückführen (RKI 2013, S. 22). Dabei stürzen Frauen häufiger als Männer (ebd., S. 23) (vgl. Abbildung 20). In der DEGS1-Studie wurden nach Stürzen in den letzten 12 Monaten gefragt. Ein Viertel (25,7 %) der 65- bis 79-jährigen Frauen und 16,3 % der Männer war in diesem Zeitraum mindestens einmal gestürzt (Rapp u. a. 2014, S. 4).

Stürze sind mit einem hohen gesundheitlichen Risiko, v. a. von Knochenbrüchen, und in Folge dessen mit einer Gefährdung der selbstständigen Lebensführung verbunden, und zwar sowohl wegen bleibender Funktionseinschränkungen als auch wegen erhöhter Sturzangst. Die Ursachen für Stürze

» 04.4 Unfälle

Im Vergleich mit jüngeren Altersgruppen werden Unfälle mit höherem Alter seltener (RKI 2013, S. 15). Zudem ereignen sich Unfälle anteilig häufiger

Anteil von Stürzen am Unfallgeschehen



» Abb. 20: Anteil von Stürzen am Unfallgeschehen nach Altersgruppen und Geschlecht (in Prozent). Quelle: RKI 2016b, S. 3, Datenbasis: GEDA 2010; Darstellung verändert.

im Alter sind vielfältig: Eine verringerte Balancefähigkeit, abnehmende Kraft und Reaktionsgeschwindigkeit, aber auch bestimmte Medikamente bzw. deren Zusammenwirken [RKI 2015, S. 418] sowie Erkrankungen wie Herzerkrankungen (z. B. durch Rhythmusstörungen, Blutdruckschwankungen), Seh- oder Hörstörungen, können zu einem größeren Sturzrisiko beitragen. Andere Krankheiten, z. B. Osteoporose, erhöhen das Risiko von langwierigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch Knochenbrüche als Sturzfolgen. Durch gezieltes Training (Sturzprophylaxe) [Rapp und Becker 2009] und Verminderung von Risikofaktoren in der Wohnung (ausreichende Beleuchtung, Entfernung von »Stolperfallen« wie Schwellen etc.) und der Wohnumgebung (Beleuchtung, sichere Treppen etc.) lassen sich Sturzrisiken vermindern.

Straßenverkehrsunfälle

Welche Unfallgefahren bestehen für ältere Menschen im Straßenverkehr? Das Statistische

Bundesamt erfasst die Unfallzahlen nach Verkehrsmittel, Alter und Geschlecht (Statistisches Bundesamt 2018g). Demnach wurden im Jahr 2015 durch Straßenverkehrsunfälle 12.495 Personen im Alter zwischen 65 und 69, 12.773 Personen im Alter zwischen 70 und 74 Jahren und 23.422 Personen über 75 Jahren verletzt. Dies entspricht 300 Verletzten je 100.000 Personen in der jüngeren, 304 Verletzten in der mittleren und 265 je 100.000 Personen in der Altersgruppe der über 75-Jährigen (ebd.). Damit sind Personen dieser Altersgruppe seltener an Straßenverkehrsunfällen beteiligt als jüngere Menschen: Über alle Altersgruppen verunglückten durchschnittlich 486 Personen je 100.000 EW im Jahr 2015 (ebd.). Bei einem Verkehrsunfall getötet wurden in der Altersgruppe der 65- bis unter 70-Jährigen vier von 100.000, unter den 70 bis 74-Jährigen fünf und unter den ab 75-Jährigen acht. Im Durchschnitt aller Altersgruppen verunglückten vier von 100.000 Menschen bei Straßenverkehrsunfällen tödlich. Demnach war insbeson-

Durchschnittliche fernere Lebenserwartung

Alter im Jahr 2013/2015	Männer	Frauen
65 Jahre	17,71	20,90
70 Jahre	14,13	16,80
75 Jahre	10,79	12,87
80 Jahre	7,81	9,30

» Tab. 51: Durchschnittliche fernere Lebenserwartung in Jahren (2013/2015). Quelle: Statistisches Bundesamt 2018i in: www.gbe-bund.de; Datenbasis: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung; Darstellung verändert.

dere die höhere Altersgruppe seltener an Unfällen beteiligt, es starben jedoch anteilig mehr Personen an den Folgen (Statistisches Bundesamt 2018h).

ter jedoch: Im Alter ab 65 Jahren haben Frauen nur noch eine rund drei Jahre höhere Lebenserwartung als Männer (ebd.).

Tabelle 51 verdeutlicht die fernere Lebenserwartung³⁷. So hat ein 65-jähriger Mann in den Jahren 2013 bis 2015³⁸ eine fernere Lebenserwartung von mehr als 17 Jahren, ein 75-Jähriger von über zehn und ein 80-Jähriger von fast acht Jahren.

Die Lebenserwartung hängt stark mit dem sozioökonomischen Status zusammen: Frauen aus niedrigen Einkommensgruppen haben eine Lebenserwartung von 76,9 Jahren, Frauen mit mittlerem und hohem Einkommen von 84,4 Jahren (100 bis unter 150 % des mittleren Einkommens) und mit sehr hohem Einkommen (ab 150 %) von 85,3 Jahren (Lampert und Kroll 2014, S. 3). Damit sterben Frauen mit geringem Einkommen rund acht Jahre früher als Frauen mit mittlerem und hohem bzw. sehr hohem Einkommen. Männer der niedrigen

» 04.5 Lebenserwartung und Mortalität

In den Jahren 2013 bis 2015 betrug die mittlere Lebenserwartung³⁶ eines neugeborenen Mädchens rund 83 Jahre, die eines neugeborenen Jungen rund 78 Jahre (Statistisches Bundesamt 2018i). Damit liegt die mittlere Lebenserwartung der Frauen bei Geburt knapp fünf Jahre über jener von Männern. Mit steigendem Alter verringert sich die unterschiedliche Lebenserwartung der Geschlech-

36 Die Lebenserwartung gibt an »wie viele Lebensjahre eine Altersgruppe im Durchschnitt noch zu erwarten hätte, wenn die zugrunde gelegten Sterblichkeitsverhältnisse gleich blieben. Die sogenannte mittlere Lebenserwartung oder Lebenserwartung bei Geburt gibt diesen Indikator für die Nulljährigen an, die fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren z. B. entsprechend für die 65-Jährigen.« (RKI 2011c, S. 7 f.)

37 Die fernere Lebenserwartung bezeichnet die Anzahl von Jahren, die eine Person eines bestimmten Alters unter den gegenwärtigen Sterblichkeitsverhältnissen durchschnittlich noch zu erwarten hat (Lampert und Kroll 2014, S. 2).

38 Die Lebenserwartung wird vom Statistischen Bundesamt im Dreijahresdurchschnitt errechnet, die aktuellsten Zahlen beziehen sich auf die Jahre 2013 bis 2015.

Sterbefälle und Sterbeziffern

Alter	Frauen		Männer	
	Sterbefälle (absolut)	Sterbeziffern (je 100.000)	Sterbefälle (absolut)	Sterbeziffern (je 100.000)
65 bis 69 Jahre	20.788	959,2	35.868	1.790,6
70 bis 74 Jahre	33.896	1.510,5	53.937	2.760,9
75 bis 79 Jahre	60.190	2.573,3	79.775	4.310,8

>> Tab. 52: Sterbefälle und Sterbeziffern nach Alter und Geschlecht im Jahr 2015. Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017h, S. 6 und S.12; Datenbasis: Todesursachenstatistik; Darstellung verändert.

Einkommensgruppe haben eine Lebenserwartung von 70,1 Jahren und werden mit mittleren und hohen Einkommen im Durchschnitt 77,2 Jahre und mit sehr hohem Einkommen 80,9 Jahre alt. Männer mit geringem Einkommen versterben somit rund sieben bzw. elf Jahre früher als diejenigen in den mittleren und hohen bzw. sehr hohen Einkommensgruppen (ebd.).

Frühere Unterschiede hinsichtlich der Lebenserwartung zwischen den alten und neuen Bundesländern haben sich seit den 1990er Jahren verringert. In der Altersgruppe der über 60-Jährigen sind sie fast ausgeglichen (Prütz u. a. 2014, S. 2).

Erwartungsgemäß nimmt die Zahl der Todesfälle pro Jahr mit dem Alter zu. Die Anzahl der Verstorbenen pro 100.000 EW wird als Sterbeziffer bezeichnet. Im Jahr 2015 gab es 1.358,5 Sterbefälle je 100.000 EW bei den 65- bis unter 70-Jährigen, 2.092,4 Sterbefälle bei den 70- bis unter 75-Jährigen und 3.340,8 bei den 75- bis unter 80-Jährigen (Statistisches Bundesamt 2017h, S. 12) (vgl. Tabelle 52).

In der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen versterben mehr Männer als Frauen, dies kehrt sich, bedingt durch die höhere Lebenserwartung der Frauen, erst ab dem Alter von 80 Jahren um (Statistisches Bundesamt 2017h, S. 6).

Insgesamt verursachen Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems zwei Drittel aller Sterbefälle in der betrachteten Altersgruppe. In der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen starben im Jahr 2015 rund 575 von 100.000 Personen an Krebs und rund 345 Personen an Krankheiten des Kreislaufsystems (vgl. Tabelle 53). In den nachfolgenden Altersgruppen stiegen diese Zahlen an. Während in den Altersgruppen der 65- bis 74-Jährigen mehr Menschen an Krebs als an Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstarben, kehrte sich das Verhältnis in den nachfolgenden Altersgruppen um: In der Altersgruppe der 75- bis unter 80-Jährigen starben 1.163,3 von 100.000 Personen an Erkrankungen des Kreislaufsystems und 1.045,4 Personen an Krebs. Dieser Trend setzte sich in den höheren Altersgruppen fort (Statistisches Bundesamt 2018j). Im weiten Abstand folgen als Todesursachen Krankheiten des Atmungssystems (z. B. Pneumonie oder Asthma) und Krankheiten des Verdauungssystems (z. B. Magengeschwüre) (vgl. Tabelle 124 auf Seite 217).

Häufigste Todesursachen

Todesursache	Sterbefälle pro 100.000 EW		
	65 bis 69 Jahre	70 bis 74 Jahre	75 bis 79 Jahre
Neubildungen (C00-D48)	574,5	804,8	1.045,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	345,8	604,0	1.163,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	104,5	176,2	277,2
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	77,8	94,7	134,5

» Tab. 53: Häufigste Todesursachen: Sterbefälle pro 100.000 EW nach Altersgruppen in 2015 (gerundet). Quelle: Statistisches Bundesamt 2018j in: www.gbe-bund.de; Datenbasis: Todesursachenstatistik; Darstellung auszugsweise und verändert.

» 04.6 Gesundheitsverhalten und Risiken

Gemeinsam mit strukturellen Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensbedingungen von Menschen (Verhältnisprävention) zielen Interventionen zur Veränderung des individuellen Gesundheitsverhaltens (Verhaltensprävention) darauf ab, nicht-übertragbare Krankheiten zu vermeiden oder eine Verschlechterung der Gesundheitssituation zu verhindern (Jordan und von der Lippe 2013, S. 878). Als bedeutsame Indikatoren für das Gesundheitsverhalten gelten gesundheitsförderliche Aktivitäten wie täglicher Obst- und Gemüseverzehr, (Vermeiden von) Übergewicht, körperliche Aktivität sowie der Verzicht auf Tabak und riskanten Alkoholkonsum (Lange und Finger 2017, S. 4 f.). Diese sollen im Folgenden ausführlicher betrachtet werden.

Ernährungsverhalten

In der Erhebung Gesundheit in Deutschland 2014/2015-EHIS wurde gefragt: »Wie häufig in der Woche bereiten Sie aus Grundzutaten/frischen Lebensmitteln eine warme Mahlzeit (Mittag- oder

Abendessen) selbst zu?« (Borrmann und Mensink 2016, S. 44). Mit zunehmendem Alter nahm der Anteil derjenigen, die angaben, sich (fast) täglich eine Mahlzeit aus frischen Lebensmitteln zuzubereiten, zu. In allen Altersgruppen zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern: 81,9 % der 65- bis 79-jährigen Frauen bereiteten sich täglich oder fast täglich eine Mahlzeit zu, 16,7 % taten dies ein- bis viermal pro Woche und 1,4 % der Frauen nie. Bei den gleichaltrigen Männern waren es 60,6 %, die sich (fast) täglich eine Mahlzeit zubereiteten, und 22,3 %, die dies ein- bis viermal die Woche taten. 17,1 % der 65- bis 79-jährigen Männer bereiteten sich nie eine warme Mahlzeit zu (ebd., S. 44). Mit der Berentung stieg sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern der Anteil derjenigen, die sich (fast) täglich eine Mahlzeit zubereiteten, dabei sank der Anteil derjenigen, die dies ein- bis viermal wöchentlich taten, während der Anteil derjenigen, die sich nie eine warme Mahlzeit zubereiteten, sich kaum veränderte (ebd.).

In der Studie wurden auch Bildungsunterschiede betrachtet. Statistisch bedeutsame Unterschiede fanden sich nicht, tendenziell kochten Personen mit niedriger Bildung jedoch häufiger täglich als Personen mit mittlerer oder hoher Bildung (ebd.,

S. 47). In der DEGS1-Studie wurde danach gefragt, ob die Befragten »üblicherweise vegetarisch« essen (Mensink u. a. 2016, S. 6). Gut 7 % der Frauen im Alter zwischen 60 und 69 Jahren und knapp 4 % der 70- bis 79-Jährigen ernährten sich vegetarisch. Bei den Männern dieser Altersgruppen waren die Anteile mit rund 2 % deutlich geringer (ebd., S. 7).

Vitamin D spielt eine wichtige Rolle im Bereich des Knochenstoffwechsels (Rabenberg und Mensink 2016, S. 36). In der DEGS1-Studie wurden Serumblutwerte von Untersuchungsteilnehmenden gemessen, um die Vitamin-D-Versorgung zu bestimmen (ebd., S. 37). Demnach war nur ein knappes Drittel der 65- bis 79-jährigen Frauen ausreichend mit Vitamin D versorgt (30,1 %), ein weiteres gutes Drittel suboptimal (36,9 %) und ein Drittel mangelhaft (32,9 %). Mit 37,4 % war ein vergleichsweise größerer Anteil der gleichaltrigen Männer ausreichend mit Vitamin-D versorgt, während 36 % suboptimal und 26,6 % der Männer mangelhaft versorgt waren (ebd., S. 38). Während der Anteil der Frauen mit ausreichender Vitamin-D-Versorgung mit zunehmendem Alter geringer wurde und der Anteil der mangelhaft Versorgten leicht zunahm, war dies bei den Männern nicht der Fall (ebd., S. 37). Die Ursachen dafür sind nicht eindeutig geklärt (ebd., S. 38).

Auch Störungen im Fettstoffwechsel sind weit verbreitet und nehmen mit dem Alter zu (Scheidt-Nave u. a. 2013, S. 665 f.). Sie manifestieren sich in einem erhöhten Gesamtcholesterinspiegel, der häufig durch Fehlernährung und Bewegungsarmut, aber auch durch genetische Faktoren sowie andere Begleiterkrankungen bedingt ist. Nach Ansicht der European Society of Cardiology führt ein Gesamtcholesterinspiegel von über 190 mg/dl zu einem deutlich erhöhten Risiko, an einer Arteriosklerose

und dadurch bedingten Folgeerkrankungen zu leiden. Der Cholesterinwert kann durch körperliche Aktivität, Gewichtsabnahme, Ernährungsveränderung und die Einnahme von Medikamenten positiv beeinflusst werden (RKI 2014e, S. 75 ff.).

In Untersuchungen im Rahmen der DEGS1 2008–2011 wurden Teilnehmende gefragt, ob sie schon einmal die Diagnose einer Fettstoffwechselstörung erhalten haben. Darüber hinaus wurden Labormessungen des Blutserums vorgenommen (als Indikatoren für eine Fettstoffwechselstörung wurde ein Serum-Gesamtcholesterinwert von ≥ 190 mg/dl angenommen) (Scheidt-Nave u. a. 2013, S. 662). Dabei wurde bei 90 % der 65- bis 79-jährigen Frauen und 81,4 % der Männer eine Fettstoffwechselstörung (Dyslipidämie) festgestellt³⁹ (ebd., S. 665). Der Abgleich zwischen den Selbstangaben und den Labormessungen ergab, dass überhöhte Werte den Untersuchten dieser Altersgruppe häufiger bekannt waren als jüngeren Teilnehmenden (ebd.).

Für Fettstoffwechselstörungen konnten keine sozialen Ungleichheiten festgestellt werden, lediglich der Bekanntheitsgrad (ärztlich diagnostizierte Dyslipidämien) war bei Personen mit einem mittlerem Sozialstatus signifikant höher als bei Personen mit einem niedrigen Sozialstatus (ebd., S. 664).

Obst und Gemüse zu essen gilt als vorbeugender Faktor für zahlreiche Krankheiten. Der WHO zufolge hat Obst- und Gemüseverzehr eine schützende Wirkung bezüglich koronarer Herzkrankheiten, Bluthochdruck und Schlaganfall bzw. wirkt sich günstig auf deren Verlauf aus. Auch eine vorbeugende Wirkung hinsichtlich verschiedener Krebsarten wird diskutiert (zusammenfassend Mensink u. a. 2017a, S. 45).

Im GEDA 2014/2015-EHIS wurde deshalb gefragt:
»Wie oft nehmen Sie Obst zu sich, einschließlich

39 Durchschnitt aller Altersgruppen, Männer/Frauen: 65,1 % (Scheidt-Nave u. a. 2013, S. 665).

frisch gepresster Obstsäfte?« (Mensink u. a. 2017a, S. 46). Dabei zeigte sich, dass der Obstkonsum mit dem Alter bei beiden Geschlechtern anstieg: 72,6 % der ab 65-jährigen Frauen und über 61,1 % der Männer dieser Altersgruppe aßen täglich Obst und damit ein deutlich höherer Anteil als in jüngeren Altersgruppen (ebd., S. 47 f.). Bildungsunterschiede hinsichtlich des Obstverzehr zeigten sich in jüngeren Altersgruppen, aber nicht bei den ab 65-Jährigen (ebd., S. 48).

Auch der Verzehr von Gemüse wurde in der Studie erhoben. Erfragt wurde: »Wie oft nehmen Sie Gemüse oder Salat zu sich, einschließlich frisch gepresster Gemüsesäfte? Bitte zählen Sie Kartoffeln nicht mit.« (Mensink u. a. 2017b, S. 53). Gemüse wurde insgesamt und auch in der Altersgruppe der über 65-Jährigen seltener als Obst täglich verzehrt. Wie der Obstverzehr war der tägliche Gemüseverzehr in der Altersgruppe ab 65 Jahren höher als in den jüngeren Altersgruppen. 47,2 % der ab 65-jährigen Frauen der unteren Bildungsgruppe und 60,9 % derjenigen der oberen Bildungsgruppe konsumierten täglich oder mehrmals täglich Gemüse (ebd., S. 54). Der Anteil der ab 65-jährigen Männer, die mindestens täglich Gemüse verzehrten, war mit 35,2 % in der unteren und 40,9 % in der oberen Bildungsgruppe deutlich kleiner (ebd., S. 55).

Übergewicht und Adipositas

Starkes Übergewicht ist ein Risikofaktor für viele Erkrankungen, z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2 und einzelne Krebserkrankungen, sowie für eine geringere Lebenserwartung (zusammenfassend Schienkiewitz u. a. 2017, S. 21).

In der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird bei Erwachsenen unabhängig vom Alter zwischen Untergewicht (BMI⁴⁰ unter 18,5

kg/m²), Normalgewicht (18,5 bis unter 25 kg/m²), Übergewicht (25 bis unter 30 kg/m²) sowie Adipositas (30 kg/m² und mehr) unterschieden. In GEDA 2014/2015-EHIS wurden die Körpergröße und das Gewicht erfragt (Schienkiewitz u. a. 2017, S. 22). Demnach waren 38,9 % der ab 65-jährigen Frauen normalgewichtig, 37,6 % hatten Übergewicht und 21,3 % waren adipös (vgl. Tabelle 54). Während Adipositas in den jüngeren Altersgruppen häufiger bei Frauen der unteren Bildungsgruppe auftritt, zeigen sich diese Unterschiede bei den ab 65-Jährigen nicht (ebd., S. 26).

Ab 65-jährige Männer waren mit 28,2 % seltener normalgewichtig als Frauen. Jeder zweite Mann hatte Übergewicht und jeder Fünfte war adipös (vgl. Tabelle 55). Bei Männern der unteren Bildungsgruppen lag häufiger eine Adipositas vor als bei jenen der oberen Bildungsgruppen (Schienkiewitz u. a. 2017, S. 26).

Mit zunehmendem Alter stieg die Prävalenz für Übergewicht einschließlich Adipositas für beide Geschlechter an (Schienkiewitz u. a. 2017, S. 25). Im Vergleich mit früheren Erhebungen (2010) hat die Adipositas-Prävalenz in den jüngeren Altersgruppen zugenommen, aber nicht in der Altersgruppe ab 65 Jahren (ebd.).

Sport

Körperliche Aktivität schützt vor zahlreichen chronischen Erkrankungen (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Sie wirkt vorbeugend beim altersabhängigen Rückgang der Muskelmasse, bei Osteoporose und Stürzen (Wurm u. a. 2010, S. 109).

Im DEAS 2014 wurde die sportliche Aktivität erhoben. Erfragt wurde, ob und wie häufig jemand sportlich aktiv ist, z. B. Wanderungen unternimmt, Fußball spielt, Gymnastik macht oder schwimmen

40 BMI: Body-Mass-Index: Gewicht [kg]/Körpergröße im Quadrat.

Gewicht bei Frauen im Alter von 65 Jahren und älter (in Prozent)

Bildungsgruppe	Untergewicht [95 %-KI]	Normalgewicht [95 %-KI]	Übergewicht [95 %-KI]	Adipositas [95 %-KI]	Übergewicht einschließlich Adipositas [95 %-KI]
Gesamt	2,2 [1,5–3,1]	38,9 [36,6–41,2]	37,6 [35,5–39,8]	21,3 [19,4–23,3]	58,9 [56,5–61,3]
Untere Bildungsgruppe	2,5 [1,5–4,2]	37,7 [34,1–41,5]	37,6 [34,1–41,3]	22,2 [19,1–25,5]	59,8 [55,9–63,6]
Mittlere Bildungsgruppe	2,2 [1,4–3,5]	38,2 [34,9–41,6]	38,8 [35,8–41,9]	20,8 [18,3–23,5]	59,6 [56,0–63,0]
Obere Bildungsgruppe	0,8 [0,3–2,2]	46,5 [41,3–51,8]	32,0 [27,4–37,1]	20,6 [16,2–25,8]	52,7 [47,4–57,9]

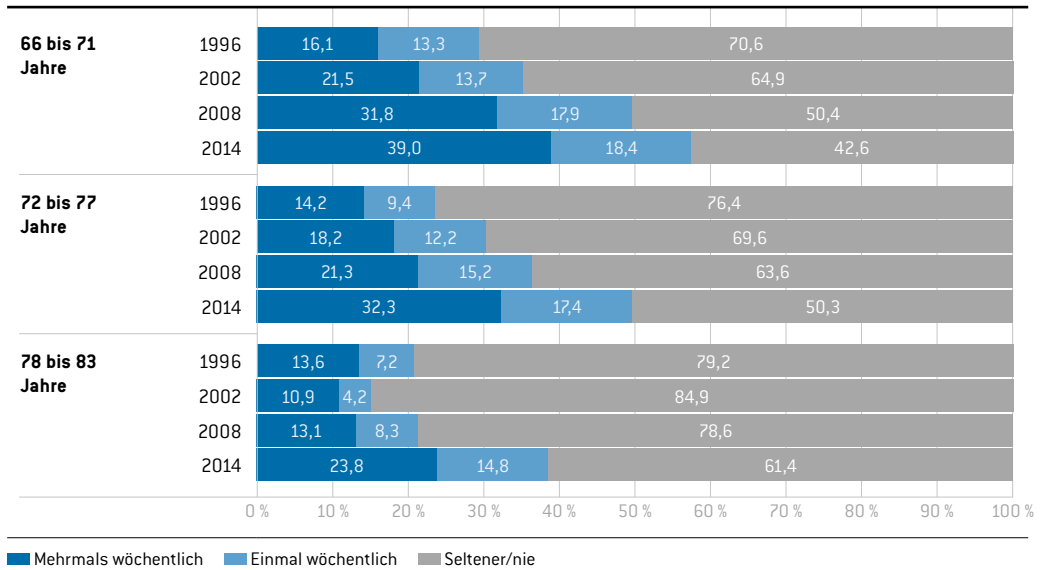
>> Tab. 54: Gewicht bei Frauen im Alter ab 65 Jahren und mehr nach Bildungsgruppen (in Prozent, mit 95 %-Konfidenzintervallen). Quelle: Schienkiewitz u. a. 2017, S. 23; Lizenz CC-BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHS; Darstellung verändert.

Gewicht bei Männern im Alter von 65 Jahren und älter (in Prozent)

Bildungsgruppe	Untergewicht [95 %-KI]	Normalgewicht [95 %-KI]	Übergewicht [95 %-KI]	Adipositas [95 %-KI]	Übergewicht einschließlich Adipositas [95 %-KI]
Gesamt	0,5 [0,3–0,9]	28,2 [26,3–30,3]	50,4 [48,2–52,7]	20,9 [19,0–22,8]	71,3 [69,2–73,2]
Untere Bildungsgruppe	0,6 [0,1–3,6]	25,5 [21,0–30,6]	49,2 [44,0–54,4]	24,7 [20,5–29,5]	73,9 [68,9–78,3]
Mittlere Bildungsgruppe	0,4 [0,2–1,0]	26,9 [24,0–30,1]	51,1 [47,4–54,8]	21,5 [18,8–24,5]	72,7 [69,5–75,6]
Obere Bildungsgruppe	0,5 [0,2–1,2]	32,0 [29,1–35,1]	49,9 [46,8–53,0]	17,6 [15,1–20,4]	67,5 [64,5–70,3]

>> Tab. 55: Gewicht bei Männern im Alter ab 65 Jahren nach Bildungsgruppen (in Prozent, mit 95 %-Konfidenzintervallen). Quelle: Schienkiewitz u. a. 2017, S. 24; Lizenz: CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHS; Darstellung verändert.

Sportliche Aktivität



» Abb. 21: Sportliche Aktivität nach Alter in den Jahren 1996 bis 2014 (in Prozent). Quelle: Spuling u. a. 2017, S. 150; Lizenz: CC BY 2.5, <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>; Datenbasis: DEAS 1996, 2002, 2008, 2014; Darstellung verändert.

geht (Spuling u. a. 2017b, S. 142). In der Altersgruppe der 66- bis unter 71-Jährigen waren 57,4 % der Befragten ein- oder mehrmals wöchentlich sportlich aktiv, unter den 72- bis unter 77-Jährigen knapp die Hälfte (vgl. Abbildung 21). Im Verlauf der vier Befragungswellen des Alterssurveys zeigte sich ein Anstieg des Anteils sportlich aktiver älterer Menschen.

Der Anteil der sportlich Aktiven war unter den 40- bis 85-jährigen Menschen mit hoher Bildung größer im Vergleich zu Personen mit niedriger Bildung (Spuling u. a. 2017b, S. 144).

Deutlich sind auch regionale Unterschiede. Während 41,7 % der 55- bis 69-Jährigen aus den alten Bundesländern seltener als einmal die Woche oder nie Sport trieben, waren es bei den gleichaltrigen Befragten aus den neuen Bundesländern

54,1 %. In der höheren Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen waren 51,8 % der westdeutschen und 62,3 % der ostdeutschen Befragten selten oder nie sportlich aktiv (Mahne u. a. 2017, Tab. A 9-1). Ob die Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland statistisch bedeutsam sind, geht aus der Quelle nicht hervor.

Im Gegensatz zum DEAS erhebt die Studie GEDA 2014/2015 nicht die sportliche, sondern die körperliche Aktivität. Diese umfasst jede Bewegung, die durch die Skelettmuskulatur erzeugt wird und den Energieverbrauch über den Grundumsatz anhebt (Finger u. a. 2017, S. 37). Damit schließt sie nicht nur im engeren Sinne sportliche Aktivitäten, sondern z. B. auch Gartenarbeit ein. In der GEDA-Studie wurde nach der Zeitdauer pro Woche gefragt, in der eine »mäßig anstrengende aerobe körper-

Körperliche Aktivitäten im Alter von 65 Jahren und älter (in Prozent)

	Ausdaueraktivität mindestens 2,5 Stunden pro Woche		Muskelkräftigungsaktivität mindestens 2 mal pro Woche		Ausdauer- und Muskelkräftigungsaktivität entsprechend Empfehlung	
	(95 %-KI)		(95 %-KI)		(95 %-KI)	
Frauen	36,5	{34,0–39,1}	26,4	{24,4–28,4}	17,4	{15,6–19,3}
Untere Bildungsgruppe	29,0	{25,6–32,6}	20,7	{17,6–24,1}	12,1	{9,6–15,2}
Mittlere Bildungsgruppe	29,4	{35,7–43,2}	28,5	{25,7–31,5}	19,2	{16,6–22,1}
Obere Bildungsgruppe	51,1	{45,7–56,5}	38,8	{33,7–44,2}	29,0	{24,4–34,0}
Männer	48,3	{45,9–50,7}	32,2	{30,2–34,4}	23,6	{21,6–25,7}
Untere Bildungsgruppe	36,3	{30,9–42,1}	27,3	{22,8–32,4}	18,6	{14,5–23,5}
Mittlere Bildungsgruppe	47,2	{43,8–50,7}	30,9	{27,9–34,0}	23,0	{20,1–26,2}
Obere Bildungsgruppe	55,2	{51,6–58,7}	36,8	{33,4–40,3}	26,7	{23,7–29,9}

>> Tab. 56: Körperliche Aktivitäten nach Geschlecht und Bildungsgruppe im Alter ab 65 Jahre (in Prozent, mit 95 %-Konfidenzintervallen). Quelle: Finger u. a. 2017, S. 39 f.; Lizenz: CC BY 4.0 <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>; Datenbasis GEDA 2014/2015-EHIS; Darstellung verändert.

liche Aktivität in der Freizeit und Radfahren zur Fortbewegung« ausgeübt wurde sowie nach der Zahl von Tagen pro Woche, an denen »Aktivitäten zur Muskelkräftigung« betrieben wurden (ebd., S. 38). Die Ergebnisse wurden mit den Empfehlungen der WHO verglichen (mindestens 2,5 Stunden pro Woche Ausdaueraktivitäten und an mindestens zwei Tagen Muskelkräftigung). Ausdaueraktivitäten von mindestens 2,5 Stunden pro Woche betrieben 36,5 % der über 65-jährigen Frauen und 48,3 % der gleichaltrigen Männer (vgl. Tabelle 56).

Dabei zeigten sich bei beiden Geschlechtern deutliche Bildungsunterschiede: Über die Hälfte der ab 65-jährigen Frauen und Männer der oberen Bildungsgruppe im Vergleich zu 29 % der Frauen und 36,3 % der Männer der unteren Bildungsgruppe führten Ausdaueraktivitäten im empfohlenen Umfang durch (Finger u. a. 2017, S. 39 f.). Aktivitäten zur Muskelkräftigung an mindestens zwei Tagen pro Woche wurden in allen Altersgruppen seltener

nachgegangen. Insgesamt ein gutes Viertel der über 65-jährigen Frauen (26,4 %) und ein Drittel der Männer (32,2 %) betrieb Muskelkräftigungsaktivitäten gemäß den Empfehlungen. Auch hier waren Befragte der oberen Bildungsgruppe beider Geschlechter deutlich aktiver als die der unteren Bildungsgruppe. Nur 17,4 % der über 65-jährigen Frauen und 23,6 % der gleichaltrigen Männer betrieben beide Aktivitäten im empfohlenen Umfang (ebd., S. 39 f.).

>> 04.7 Suchtmittelkonsum

Im Folgenden werden Erkenntnisse zum Konsum von Tabak, Alkohol und Tabletten in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen betrachtet. Der Konsum von illegalen Suchtmitteln spielt im Alter keine große Rolle und wird gegenwärtig als nicht verbreitet an-

Raucherinnen und Raucher im Alter von 65 Jahren und älter (in Prozent)

	Raucher*innen (täglich oder gelegentlich)		Ehemalige Raucher*innen		Nieraucher*innen	
	(95 %-KI)		(95 %-KI)		(95 %-KI)	
Frauen	6,8	(5,8–7,9)	24,9	(22,9–27,0)	68,3	(65,9–70,6)
Untere Bildungsgruppe	5,9	(4,6–7,5)	20,1	(17,4–23,0)	74,0	(70,9–76,9)
Mittlere Bildungsgruppe	7,5	(6,1–9,2)	28,3	(25,2–31,5)	64,2	(60,7–67,7)
Obere Bildungsgruppe	5,9	(4,0–8,5)	29,4	(24,7–34,6)	64,7	(59,3–69,8)
Männer	9,2	(8,0–10,4)	55,5	(53,2–57,7)	35,4	(33,3–37,5)
Untere Bildungsgruppe	8,6	(5,9–12,2)	54,2	(48,6–59,7)	37,2	(32,1–42,6)
Mittlere Bildungsgruppe	9,3	(7,6–11,3)	56,5	(53,2–59,7)	34,2	(31,3–37,3)
Obere Bildungsgruppe	9,3	(7,6–11,3)	53,8	(50,4–57,1)	36,9	(33,9–40,0)

» Tab. 57: Raucherinnen und Raucher im Alter ab 65 Jahren nach Bildungsgruppen (in Prozent, mit 95 %-Konfidenzintervallen).
 Quelle: Zeiher u. a. 2017, S. 61 f.; Lizenz: CC BY 4.0 <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>; Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS; Darstellung verändert.

gesehen (DHS 2011, S. 6). Allerdings werden Daten zu illegalen Suchtmitteln in epidemiologischen Untersuchungen wie dem Europäischen Suchtsurvey (ESA) nur bis zum Alter von 64 Jahren erfasst. Da ein Anstieg von Personen mit Abhängigkeitserkrankungen und Konsumenten illegaler Drogen mit dem Alter werden der Nachkriegsgeneration zu erwarten ist (z. B. Geyer 2009, S. 341), erscheint eine Ausweitung der Erhebungen auf die Altersgruppe über 64 Jahre sinnvoll.

Tabak

In der Altersgruppe ab 65 Jahren ist der Anteil der Raucherinnen und Raucher geringer als in den jüngeren Altersgruppen. In der Erhebung GEDA 2014/2015 gaben 6,8 % der ab 65-jährigen Frauen und 9,2 % der gleichaltrigen Männer an, täglich oder gelegentlich zu rauchen (Zeiher u. a. 2017, S. 61 f.). Ein Viertel der Frauen und über die Hälfte der Männer haben früher geraucht, gut zwei Drittel der Frauen und 35,2 % der Männer nie (vgl. Tabelle

57). Während Befragte der unteren Bildungsgruppe in den jüngeren Altersgruppen deutlich häufiger rauchten als Personen der oberen Bildungsgruppe, ist dieser Unterschied bei den ab 65-Jährigen nicht festzustellen (Zeiher u. a. 2017, S. 60). Im Vergleich zu früheren Erhebungen ist der Anteil der Raucherinnen und Raucher in allen Altersgruppen gesunken (ebd., S. 61). 2009 rauchten noch 8,7 % der über 65-jährigen Frauen und 13,7 % der Männer täglich (Lampert 2011, S. 6).

Alkohol

Alkohol kann Abhängigkeit verursachen und gilt als Risikofaktor für verschiedene Erkrankungen, Beeinträchtigungen und Todesfälle (WHO nach Lange u. a. 2017a, S. 66). Folgeschäden von Alkoholkonsum im Alter können neben Stürzen verminderte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, Voralterung der Organe, Krankheiten der Leber, hirnorganische Schäden und Krebserkrankungen (z. B. Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Enddarm) sein. Ein

Alkoholkonsum im Alter von 65 Jahren und älter (in Prozent)

	Nie-Trinker		Kein wöchentlicher Konsum		Kein Risikokonsum		Risikokonsum	
	[95 %-KI]		[95 %-KI]		[95 %-KI]		[95 %-KI]	
Frauen	24,3	[22,3–26,4]	40,9	[38,8–43,1]	22,5	[20,6–24,5]	12,2	[10,7–13,9]
Untere Bildungsgruppe	32,1	[28,7–35,6]	41,2	[37,6–44,8]	18,0	[15,2–21,2]	8,8	[6,9–11,1]
Mittlere Bildungsgruppe	19,5	[17,0–22,2]	41,6	[38,3–45,1]	25,6	[22,8–28,5]	13,3	[11,2–15,9]
Obere Bildungsgruppe	17,4	[12,9–23,1]	35,9	[31,1–41,1]	25,3	[21,2–30,0]	21,3	[17,7–25,5]
Männer	11,8	[10,4–13,4]	24,6	[22,6–26,8]	45,6	[43,3–47,8]	17,9	[16,4–19,6]
Untere Bildungsgruppe	17,3	[13,9–21,3]	30,1	[25,3–35,3]	39,6	[34,2–45,3]	13,0	[9,4–17,7]
Mittlere Bildungsgruppe	13,3	[11,2–15,9]	24,6	[21,7–27,8]	45,2	[41,9–48,5]	16,8	[14,5–19,4]
Obere Bildungsgruppe	7,0	[5,6–8,7]	21,9	[19,4–24,7]	49,0	[45,9–52,1]	22,1	[19,6–24,8]

>> Tab. 58: Alkoholkonsum im Alter ab 65 Jahren nach Geschlecht und Bildungsgruppe (in Prozent, mit 95 %-Konfidenzintervallen).
Quelle: Lange u. a. 2017a, S. 68 f.; Lizenz: CC BY 4.0 <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>; Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS; Darstellung verändert.

weiteres Problem sind unkalkulierbare Wechselwirkungen mit Medikamenten [DHS 2011, S. 25].

Als riskante Trinkmenge gelten 10 bis 12 g Alkohol pro Tag für Frauen und 20 bis 24 g für Männer⁴¹. In der GEDA 2014/2015 wurde die Häufigkeit des Alkoholkonsums erfragt⁴². Der Anteil der Befragten mit riskantem Konsum betrug bei den über 65-jährigen Frauen insgesamt 12,2 % und bei den Männern 17,9 % [Lange u. a. 2017a, S. 68 f.]. Insbesondere bei den ab 65-jährigen Frauen war der Anteil derjenigen, die nie trinken, höher als in anderen

Altersgruppen. Auffällig ist, dass der Risikokonsum in den oberen Bildungsgruppen erheblich höher ausfiel [jede fünfte Frau und jeder fünfte Mann] während der Anteil der nie Trinkenden niedriger war als in den unteren Bildungsgruppen (ebd., S. 68 f.) (vgl. Tabelle 58).

Zusätzlich zum Risikokonsum wird in der GEDA-Studie 2014/2015 das Rauschtrinken erhoben. Rauschtrinken umfasst einen mindestens monatlichen Konsum von 60 g oder mehr Reinalkohol bei einer Trinkgelegenheit, dies entspricht ca. sechs

41 10 bis 12 g Alkohol entsprechen in etwa 0,25 l Bier, 0,125 l Wein oder 0,04 l Schnaps (www.kenn-dein-limit.de/alkohol/risikoarmer-alkoholkonsum/).

42 In dem Instrument des Europäischen Health Surveys (EHIS) zur Erfassung des Alkoholkonsums wird die Häufigkeit des Alkoholkonsums in den letzten 12 Monaten erfragt, danach an Wochentagen und Wochenende die Menge des Konsums auf Basis von Standardgetränken erfasst. Aus diesen Angaben wird der Konsum in g Reinalkohol pro Tag bestimmt und der Anteil der Personen, die die Grenzwerte über- oder unterschreiten (Risikokonsum/kein Risikokonsum). Zudem wird der Anteil der Personen, die nie Alkohol trinken oder in den letzten 12 Monaten keinen Alkohol tranken (= Nie-Trinker) oder nicht wöchentlich trinken (= kein wöchentlicher Konsum) dargestellt [Lange u. a. 2017a, S. 67].

Standardgläsern⁴³ eines alkoholischen Getränks. 58 % der ab 65-jährigen Frauen und 40,8 % der gleichaltrigen Männer gaben an, nie so viel zu trinken. Mindestens einmal im Monat tranken 21,9 % der Frauen sechs oder mehr Standardgläser (Lange u. a. 2017b, S. 76 f.). Bei den ab 65-jährigen Männern waren dies deutlich mehr: 35,1 % konsumierten mindestens einmal im Monat diese Trinkmenge. Im Gegensatz zum Konsum riskanter Trinkmengen (vgl. Tabelle 58) tranken ab 65-jährige Frauen und Männer der oberen Bildungsgruppen seltener als Gleichaltrige der unteren Bildungsgruppen mehr als sechs Standardgläser (Lange u. a. 2017b, S. 76 f.).

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (DHS) vermutet, dass Alkoholabhängigkeit und -missbrauch bei älteren Menschen seltener auftreten als bei jüngeren (DHS 2011, S. 23). Zum einen steige mit dem höheren Alter die Zahl derjenigen, die ihre Alkoholabhängigkeit bzw. den -missbrauch überwinden, u. a. aufgrund der geringeren Verträglichkeit von Alkohol im Alter. Außerdem erreichen schwer alkoholabhängige Menschen häufig nicht das 65. Lebensjahr. Die Angabe eines Grenzwertes für risikoarmen Alkoholkonsum wird bei älteren Menschen allerdings wegen ihres unterschiedlichen Gesundheitszustandes und mit dem Alter einhergehender zusätzlicher Risikofaktoren als schwierig eingeschätzt (ebd., S. 22). Die DHS prognostiziert aufgrund des demografischen Wandels auch einen Anstieg Älterer mit Alkoholproblemen und, verbunden mit veränderten Alkoholkonsumgewohnheiten jüngerer Frauen, auch einen steigenden Frauenanteil in dieser Gruppe (ebd., S. 23 f.). Die aktuellen Daten aus GEDA 2014/2015 lassen sich wegen einer Veränderung des Befragungsinstrumentes nicht mit den vorherigen Erhebungen ver-

gleichen, weshalb hier zur zeitlichen Entwicklung keine Aussagen gemacht werden können.

Medikamente

Derzeit fehlt es an repräsentativen Untersuchungen zur Medikamentenabhängigkeit bei ab 65-jährigen Menschen. Bekannt ist, dass Medikamentenabhängigkeit häufiger Frauen als Männer betrifft (Hoff u. a. 2017, S. 5). Kritisiert wird unter anderem die (längerfristige) Verschreibung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen (Zopiclon, Zolpidem, Zaleplon) aufgrund ihres Abhängigkeitspotenzials und problematischer Nebenwirkungen wie Schwindel, Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen, Verwirrtheit, Sturzgefahr u. a. (ebd.), die die Lebensqualität stark gefährden und beeinträchtigen können. Da ältere Menschen häufig nur die verschriebenen Dosen einnehmen, wird in diesem Zusammenhang von »Niedrigdosisabhängigkeit« gesprochen (ebd.).

» 04.8 Pharmakotherapie

Die Menge verordneter Medikamente nimmt im höheren Alter zu. Im Jahr 2015 entfiel mehr als die Hälfte (55 %) aller im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordneten Tagesdosen von Fertigarzneimitteln auf Patientinnen und Patienten im Alter ab 65 Jahren (Schwabe und Pfaffrath 2016, S. 765). Dies entspricht dem Zweieinhalbfachen des Anteils der Altersgruppe an den gesetzlich Versicherten und machte 43 % des Umsatzes des GKV-Fertigarzneimittelmarktes aus (ebd.).

43 Ein Standardglas umfasst ca. 10 g Alkohol, das entspricht in etwa 0,25 l Bier, 0,125 l Wein oder 0,04 l Schnaps (www.kenn-dein-limit.de/alkohol/risikoarmer-alkoholkonsum).

Entsprechend der starken Verbreitung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen zählen zu den am häufigsten verschriebenen Stoffgruppen blutdrucksenkende Mittel (Angiotensinhemmstoffe), Betarezeptorenblocker und Calciumantagonisten (Schwabe und Pfaffrath 2016, S. 766–767). Auch Antidiabetika werden in dieser Altersgruppe häufig verordnet, ebenso Ulkustherapeutika, die u. a. bei der Behandlung von Magengeschwüren zum Einsatz kommen (ebd.). In der Altersgruppe ab 65 Jahren werden zudem deutlich häufiger Schlafmittel (Hypnotika, z. B. Benzodiazepine) verordnet – Frauen mehr als Männern (Glaeske 2011, S. 89 f.), was aufgrund des hohen Abhängigkeitspotenzials und der Nebenwirkungen dieser Mittel als hoch problematisch gilt (ebd., S. 109).

Eine große Herausforderung in der Pharmakotherapie älterer Menschen ergibt sich daraus, dass sich die körperliche Aufnahme, der Umsatz und der Abbau von Wirkstoffen mit dem Älterwerden verändern. Diese Unterschiede in der Pharmakokinetik und -dynamik führen dazu, dass ältere Patientinnen und Patienten besondere Risiken bei der Arzneimitteltherapie aufweisen, die sich im Falle von Multimedikation, d. h. der Behandlung mit mehreren Medikamenten zur gleichen Zeit, noch erhöhen (Holt u. a. 2010, S. 543). Thürmann u. a. zeigten anhand einer Analyse von Arzneimittelverordnungen für das Jahr 2010, dass älteren Menschen ab 65 Jahren im Quartalsdurchschnitt 4,6 Wirkstoffe verordnet wurden, 42 % erhielten fünf oder mehr Wirkstoffe (Schwabe und Pfaffrath 2016, S. 768 unter Bezug auf Thürmann u. a. 2011).

Doch ältere Menschen haben nicht nur ein höheres Risiko für Nebenwirkungen. Hinzu kommt, dass sie als Patientengruppe auch »unterdurchschnittlich häufig im Rahmen von Arzneimittelstudien untersucht« werden (Grandt und Schubert 2017, S. 88–89). In der Studie von Thürmann u. a.

wurde etwa einem Viertel der älteren Menschen »mindestens ein altersgemäß potenziell ungeeignetes Arzneimittel verordnet«, häufig Mittel gegen Bluthochdruck oder (bei Frauen) Psychopharmaka (Schwabe und Pfaffrath 2016, S. 768 unter Bezug auf Thürmann u. a. 2011). Die sogenannte PRISCUS-Liste (vgl. Holt u. a. 2010) bietet einen Überblick über solche potenziell inadäquaten Medikamente (PIM) und soll Ärztinnen und Ärzten bei Behandlungsentscheidungen unterstützen.

Besondere Beachtung verdienen die Wechselwirkungen zwischen Medikamenten und Alkohol. Dadurch bedingte Wirkungsverstärkungen oder -verminderungen können zu Herz-Kreislaufproblemen, einer höheren Unfallgefahr oder stärkeren Abhängigkeitsentwicklung führen (DHS 2011, S. 40).

Probleme können oft auch bei der medikamentösen Versorgung Pflegebedürftiger im stationären und ambulanten Bereich auftreten, wobei stationär besonders die adäquate Behandlung der Menschen mit demenziellen Erkrankungen eine große Herausforderung darstellt (vgl. Hach u. a. 2004, S. 219 und Pittrow u. a. 2002, S. 1997).

Der Blick auf die verordneten Arzneimittel bietet indes ein unvollständiges Bild der Pharmakotherapie älterer Menschen ab 65 Jahren, denn nicht alle verordneten Arzneimittel werden angewendet. Außerdem umfassen die tatsächlich angewendeten Arzneimittel neben der ärztlich verordneten Medikation häufig auch Selbstmedikationen. Daten hierzu liefert die Studie GEDA 2014/2015-EHIS, in der »die Anwendung von ärztlich verordneten und in Selbstmedikation eingesetzten Medikamenten in den letzten zwei Wochen vor der Befragung erhoben« wurde (Knopf u. a. 2017, S. 109). Diese Zahlen zeigen einen Anstieg der Anwendung ärztlich verordneter Arzneimittel mit zunehmendem Alter; die Selbstmedikation geht hingegen in den höheren Altersgruppen zurück (ebd.).

» 04.9 Prävention

Ziele der Prävention im Alter umfassen 1. die Vorbeugung bzw. Verzögerung spezifisch altersbedingter Veränderungen und altersspezifischer Erkrankungen, 2. die Vorbeugung von nicht unbedingt altersbedingten Erkrankungen, die aber im Alter mit höherer Wahrscheinlichkeit auftreten, 3. die Verringerung krankheitsbedingter Probleme sowie 4. die Vorbeugung von Verschlechterungen des Allgemeinzustandes [Schütz und Wurm 2009, S. 162]. Es geht im Alter also nicht nur darum, das Auftreten von Krankheiten zu vermeiden oder zu verzögern, sondern auch darum, Lebensqualität trotz [chronischer und mehrfacher] Krankheiten zu erhalten und/oder wiederzugewinnen. Für die Verminderung von Krankheitsrisiken und eine frühzeitige Behandlung beginnender Erkrankungen sind regelmäßige Arztbesuche, Vorsorgeuntersuchungen, Früherkennungsprogramme, Schutzimpfungen und eine gute Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln von großer Bedeutung. Im Folgenden wird dargestellt, wie diese von der Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen in Anspruch genommen werden.

Arztbesuche und Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen

Die Studie GEDA 2014/2015-EHIS des RKI liefert Daten zur Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland. In der schriftlich und online durch-

geführten Befragung gaben 94,0 % der Frauen und 93,7 % der Männer im Alter von 65 Jahren und mehr an, in den letzten 12 Monaten einen Arzt oder eine Ärztin (ohne Zahnmedizin) aufgesucht zu haben [Prütz und Rommel 2017, S. 90]. Damit lag der Anteil derer, die berichteten, im Jahr vor der Befragung ambulante ärztliche Versorgung in Anspruch genommen zu haben, bei den ab 65-jährigen Frauen etwas und bei den ab 65-jährigen Männern deutlich über dem altersübergreifenden Durchschnitt von 90,9 % (Frauen) bzw. 84,1 % (Männer) [ebd.].

Gesetzlich verankerte Früherkennungsuntersuchungen werden in der Altersgruppe der ab 65-Jährigen stärker genutzt als in jüngeren Altersgruppen. Die Inanspruchnahme ist jedoch nicht annähernd so verbreitet wie im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung (vgl. Tabelle 59): Nach Daten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI), die auf der Dokumentation der durchgeführten Früherkennungsuntersuchungen beruhen, wurde die Möglichkeit des sogenannten »Gesundheits-Check-up«⁴⁴ in den Jahren 2014 bis 2015 von mehr als der Hälfte der 65- bis unter 70-Jährigen genutzt [ebd.]. In der Altersgruppe der 70- bis unter 75-Jährigen nahmen 59,3 % der Männer und 61,6 % der Frauen teil, bei den 75- bis unter 80-Jährigen waren es 55,2 % (Männer) bzw. 56,6 % (Frauen). Während die Teilnahme in 2014/2015 in der jüngsten der drei hier betrachteten Altersgruppen geringer ausfiel als noch 2010/2011, lag sie in den beiden höheren Altersgruppen über den früheren Werten.

Von den Krankenkassen empfohlene Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) richten sich

44 Der so genannte »Check-up« ab 35 Jahren zielt vor allem auf die Früherkennung »von Herz-Kreislauf- und Nieren-Erkrankungen sowie von Diabetes« [G-BA 2017]. Er umfasst die Anamnese, eine körperliche Untersuchung, die Überprüfung von Blut- und Urinwerten sowie ein Beratungsgespräch [ebd.]. Das RKI weist darauf hin, dass mit »dem am 24. Juli 2015 in weiten Teilen in Kraft getretenen Präventionsgesetz [...] der bisherige Check-up stärker als bisher auf die Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken, eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung und ärztliche Empfehlung geeigneter primärpräventiver Maßnahmen ausgerichtet« wird, weshalb es nun Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses [G-BA] sei, »den bisher praktizierten Check-up entsprechend weiterzuentwickeln bzw. an die neuen Vorgaben anzupassen.« [RKI 2015, S. 259]

Teilnahme am Gesundheits-Check-up (in Prozent)

Altersgruppe	Geschlecht	2010 bis 2011	2014 bis 2015
65 bis unter 70 Jahre	Männer	63,4	52,6
	Frauen	63,9	56,2
70 bis unter 75 Jahre	Männer	53,8	59,3
	Frauen	53,9	61,6
75 bis unter 80 Jahre	Männer	49,0	55,2
	Frauen	48,5	56,6

>> Tab. 59: Teilnahme am gesetzlich verankerten Gesundheits-Check-up nach Alter und Geschlecht in 2010/2011 und 2014/2015 (in Prozent anspruchsberechtigter Versicherter in der GKV). Quelle: ZI in: www.gbe-bund.de; Datenbasis: Dokumentation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Maßnahmen zur Früherkennung nach § 25 SGB V; eigene Darstellung.

in Abhängigkeit von der jeweiligen Erkrankung an Zielgruppen unterschiedlichen Geschlechts und Alters. Durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) finanziert werden »Untersuchungen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs, Brustkrebs, Prostatakrebs, Darmkrebs und Hautkrebs« (Starker und Saß 2013, S. 858). Bis auf das Mammographie-Screening, das sich an Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren richtet, bestehen für die KFU zwar Mindestaltersgrenzen, ab denen die Krankenkassen für die Kosten aufkommen, eine Altersbegrenzung nach oben existiert für die Inanspruchnahme jedoch nicht.

Die Möglichkeit, diese Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch zu nehmen, ist in der Bevölkerung unterschiedlich gut bekannt. Laut den Ergebnissen der 2008 bis 2011 durchgeführten DEGS1-Studie des Robert Koch-Instituts war der Anteil der Männer und Frauen, welche die Empfehlungen der Krankenkassen zur Teilnahme an KFU kannten, bis zum Alter von 69 Jahren umso größer, je älter die Befragten waren (Starker und Saß 2013, S. 861). In der Altersgruppe 70 bis 79 Jahre war der Anteil derer, die um die Empfehlungen wuss-

ten, wieder niedriger. Frauen waren zwar besser informiert als Männer, doch schwächte sich dieser Unterschied mit zunehmendem Alter ab (ebd., S. 860–861). Auch der bei den Frauen in jüngeren Altersgruppen bestehende soziale Gradient, d. h. der Einfluss der Bildungsgruppe, fiel in den höheren Altersgruppen geringer aus (ebd.).

Bei weitem nicht alle, die um die Empfehlungen der Krankenkassen zur Krebsfrüherkennung wissen, nehmen die KFU auch in Anspruch. Nach den Zahlen des Zentralinstituts für die kassenärztlichen Versorgung nahmen im Jahr 2015 in der Altersgruppe der 65- bis unter 70-Jährigen mit 62,0 % bzw. 50,5 % fast zwei Drittel der Frauen und etwa die Hälfte der Männer an den von den Krankenkassen empfohlenen KFU (inklusive Untersuchung zur Früherkennung von Hautkrebs) teil. In der Altersgruppe 70 bis unter 75 Jahre war es bei beiden Geschlechtern etwas mehr als die Hälfte; bei den 75- bis unter 80-Jährigen nutzten 58,2 % der Männer und 48,3 % der Frauen die Möglichkeit der Früherkennung (vgl. Tabelle 60). Im Zeitvergleich zeigt sich dieselbe Entwicklung wie bei der Wahrnehmung des Gesundheits-Check-up: Während die Inanspruchnah-

Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (in Prozent)

Altersgruppe	Geschlecht	2010	2015
65 bis unter 70 Jahre	Männer	59,8	50,5
	Frauen	70,0	62,0
70 bis unter 75 Jahre	Männer	51,6	55,9
	Frauen	50,5	56,5
75 bis unter 80 Jahre	Männer	47,6	58,2
	Frauen	37,5	48,3

» Tab. 60: Teilnahme an gesetzlich verankerten Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach Altersgruppe und Geschlecht in den Jahren 2010 und 2015 (in Prozent anspruchsberechtigter gesetzlich Versicherter). Quelle: ZI in: www.gbe-bund.de; Datenbasis: Dokumentation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Maßnahmen zur Früherkennung nach § 25 SGB V; eigene Darstellung.

me bei den 65- bis unter 70-Jährigen im Jahr 2015 niedriger ausfiel als noch im Jahr 2010, war sie in den beiden oberen Altersgruppen größer (ebd.).

Das Risiko, an Darmkrebs zu erkranken, wächst mit zunehmendem Alter. Männer im Alter von 65 Jahren haben ein Risiko von 6,2 % jemals an Darmkrebs zu erkranken, bei Frauen dieses Alters liegt das Risiko bei 4,8 % (RKI und ZKR 2017, S. 38). Über die Hälfte der Betroffenen erkrankt im Alter über 70 Jahren (ebd., S. 36). Zur frühzeitigen Erkennung und Behandlung von Darmkrebs wird im Alter von 50 bis 54 Jahren jährlich ein Test auf verborgenes Blut im Stuhl angeboten, dessen Kosten von den Krankenkassen getragen werden (ebd.). Ab dem 55. Lebensjahr zahlen die Kassen eine Koloskopie, an die bei unauffälligem Befund nach zehn Jahren eine Wiederholungskoloskopie oder alternativ alle zwei Jahre ein Test auf verborgenes Blut im Stuhl angeschlossen werden kann; bei auffälligem Befund im Stuhl wird dann wiederum meist eine Koloskopie empfohlen (ebd.). Etwa ein Fünftel bis ein Viertel der hier betrachteten Altersgruppen (65 bis unter 70 Jahre, 70 bis unter 75 Jahre und 75 bis unter 80 Jahre) nutzte 2014 bis 2015 die

Möglichkeit dieses sogenannten fäkalen okkulten Bluttests (FOBT) (vgl. Tabelle 61). Insbesondere in den beiden jüngeren Altersgruppen waren dies deutlich weniger als noch 2009/2010. Ob sich hier eine Tendenz veränderten Vorsorgeverhaltens abzeichnet und worauf diese zurückzuführen ist, sollte untersucht werden.

Im Zeitraum von 2006 bis 2015 entschieden sich 22,7 % der anspruchsberechtigten Männer und 23,7 % der anspruchsberechtigten Frauen im Alter von 65 bis unter 70 Jahren für eine Darmspiegelung (Koloskopie) im Rahmen der gesetzlich verankerten Früherkennung (vgl. Tabelle 62). In der darauffolgenden Altersgruppe der 70- bis unter 75-Jährigen lag der Anteil ähnlich hoch. Bei den 75- bis unter 80-Jährigen entschieden sich trotz des mit zunehmendem Alter steigenden Erkrankungsrisikos nur noch 17,6 % der Männer und 15,9 % der Frauen für die Untersuchung (vgl. ebd.). In allen Altersgruppen und bei allen Geschlechtern war die Inanspruchnahme geringer als im Vergleichszeitraum 2003 bis 2012.

Männer und Frauen ab 35 Jahren haben alle zwei Jahre Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Hautkrebs. Während in den jüngeren

Teilnahme am fäkalen okkulten Bluttest (FOBT) (in Prozent)

Altersgruppe	Geschlecht	2009 bis 2010	2014 bis 2015
65 bis unter 70 Jahre	Männer	35,9	19,7
	Frauen	46,6	23,6
70 bis unter 75 Jahre	Männer	28,7	22,8
	Frauen	33,0	22,7
75 bis unter 80 Jahre	Männer	26,6	21,4
	Frauen	26,5	18,0

>> Tab. 61: Teilnahme am fäkalen okkulten Bluttest (FOBT) im Rahmen der gesetzlich verankerten Früherkennungsuntersuchungen nach Altersgruppe und Geschlecht in den Jahren 2009 bis 2010 und 2014 bis 2015 (in Prozent anspruchsberechtigter gesetzlich Versicherter). Quelle: ZI in: www.gbe-bund.de; Datenbasis: Dokumentation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Maßnahmen zur Früherkennung nach § 25 SGB V; eigene Darstellung.

Altersgruppen Frauen ein etwas höheres Erkrankungsrisiko haben als Männer, dreht sich dies in den höheren Altersgruppen um. Ab dem Alter von 65 Jahren liegt die altersspezifische Erkrankungsrate der Männer deutlich über jener der Frauen (vgl. RKI und ZKR 2017, S. 61). Rund ein Fünftel der 65- bis

unter 80-jährigen anspruchsberechtigten Versicherten nahm im Jahr 2015 diese KFU in Anspruch (vgl. Tabelle 63). Dabei unterscheidet sich der Anteil der Männer, die eine Untersuchung in Anspruch nahmen, trotz des weitaus höheren Erkrankungsrisikos kaum von dem der Frauen.

Teilnahme an der Koloskopie (in Prozent)

Altersgruppe	Geschlecht	2003 bis 2012	2006 bis 2015
65 bis unter 70 Jahre	Männer	26,3	22,7
	Frauen	28,9	23,7
70 bis unter 75 Jahre	Männer	25,8	23,2
	Frauen	26,2	22,3
75 bis unter 80 Jahre	Männer	20,0	17,6
	Frauen	18,1	15,9

>> Tab. 62: Teilnahme an der Koloskopie im Rahmen der gesetzlich verankerten Früherkennungsuntersuchungen nach Altersgruppe und Geschlecht in den Jahren 2003 bis 2010 und 2006 bis 2015 – kumulierte Betrachtung unter Berücksichtigung zwischenzeitlich erwarteter Sterbefälle (in Prozent anspruchsberechtigter gesetzlich Versicherter). Quelle: ZI in: www.gbe-bund.de; Datenbasis: Dokumentation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Maßnahmen zur Früherkennung nach § 25 SGB V; eigene Darstellung.

Teilnahme an der Hautkrebsuntersuchung (in Prozent)

Altersgruppe	Geschlecht	2010	2015
65 bis unter 70 Jahre	Männer	23,0	19,6
	Frauen	21,8	20,7
70 bis unter 75 Jahre	Männer	17,9	20,8
	Frauen	15,8	20,5
75 bis unter 80 Jahre	Männer	16,3	21,1
	Frauen	13,9	19,3

» Tab. 63: Teilnahme an der Hautkrebsuntersuchung im Rahmen der gesetzlich verankerten Früherkennungsuntersuchungen nach Altersgruppe und Geschlecht in den Jahren 2010 und 2015 (in Prozent anspruchsberechtigter gesetzlich Versicherter). Quelle: ZI in: www.gbe-bund.de; Datenbasis: Dokumentation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Maßnahmen zur Früherkennung nach § 25 SGB V; eigene Darstellung.

Zahnvorsorge

Die im Auftrag der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung durchgeführte Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) liefert Daten zur Mund- und Zahngesundheit der Bevölkerung für das Jahr 2014 [IDZ 2016]. Danach hat sich die Mundgesundheit der Bevölkerung in den verschiedenen Altersgruppen und über soziale Schichten hinweg in den vergangenen Jahren verbessert: Im Zeitraum von 2005 bis 2014 gingen in der Altersgruppe 65 bis unter 75 Jahren Karieserfahrung und parodontale Erkrankungen, d. h. Erkrankungen des Zahnfleisches, zurück (ebd., S. 12). Dennoch wiesen fast zwei Drittel der Altersgruppe eine moderate (44,8 %) oder gar schwere (19,8 %) Parodontitis auf; bei den 75 bis unter 100-Jährigen wiesen der Studie zufolge neun von zehn Personen eine moderate oder schwere Parodontitis auf.

Zur Vorsorge von Erkrankungen der Zähne und Mundschleimhaut haben gesetzlich Krankenversicherte halbjährlich Anspruch auf eine eingehende zahnärztliche Untersuchung; jährlich übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für die

Entfernung von Zahnstein [RKI 2015, S. 265]. Diese Ansprüche bestehen unabhängig vom Alter. Bei der Inanspruchnahme finden sich jedoch Unterschiede in Abhängigkeit von Alter und Bildungsniveau, wie Daten des telefonisch durchgeführten Gesundheits-survey GEDA im Jahr 2012 zeigen: Nach den Ergebnissen dieser Studie hatten 72 % der ab 65-Jährigen in den vergangenen zwölf Monaten eine Zahnvorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen. Auffallend sind das ausgeprägtere Vorsorgeverhalten von Frauen sowie der soziale Gradient in der Inanspruchnahme (ebd.). Diese Ergebnisse sind mit denen der GEDA-Studie 2012 des RKI konsistent (vgl. RKI 2014e, S. 140–141).

Als Grund für die im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen geringere Inanspruchnahme im Alter vermuten Born u. a. (2006, zitiert nach RKI 2014e, S. 140–141), dass sich durch den Verlust von Zähnen mit zunehmendem Alter die Einstellung zum Vorsorgebedarf verändert. Da die zahnärztliche Untersuchung jedoch auch der Förderung der Mundgesundheit dient, sollte sie auch bei Zahnverlust durchgeführt werden (ebd.).

Inanspruchnahme von Zahnvorsorgeuntersuchungen [in Prozent]

Bildungsgruppe	Gesamt	18 bis unter 30 Jahre	30 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
Alle Bildungsgruppen	76,0	68,8	79,0	79,9	72,0
Männer	72,3	65,0	72,2	75,5	72,9
Frauen	79,5	73,3	85,5	84,4	71,4
Untere Bildungsgruppe	63,5	59,7	71,2	65,3	61,4
Männer	57,8	57,2	59,4	56,2	59,0
Frauen	66,8	62,7	80,9	70,7	62,0
Mittlere Bildungsgruppe	77,2	70,8	78,2	80,7	75,3
Männer	72,0	65,8	71,4	75,2	72,4
Frauen	82,4	76,8	84,7	86,0	77,9
Obere Bildungsgruppe	83,6	79,0	83,9	85,5	81,3
Männer	80,5	78,5	78,9	82,0	80,7
Frauen	87,8	79,6	89,2	90,6	82,7

>> Tab. 64: Inanspruchnahme von Zahnvorsorgeuntersuchungen in den letzten 12 Monaten im Jahr 2012 nach Altersgruppen, Bildungsgruppen und Geschlecht (Anteil der Befragten in Prozent). Quelle: RKI Gesundheit in Deutschland aktuell – Telefonischer Gesundheitssurvey (GEDA) 2012 in: www.gbe-bund.de; Datenbasis: GEDA 2012; eigene Darstellung.

Zu beachten ist, dass auch eine mangelnde Barrierefreiheit von Praxen und Behandlungssettings es für Menschen mit funktionalen Beeinträchtigungen – die ja mit dem Alter zunehmen – erschweren kann, Untersuchungen wahrzunehmen. Im zahnärztlichen Setting (Behandlungsstuhl) könnte dies besonders ausgeprägt sein.

Dies schlägt sich insbesondere in der Situation von Menschen mit Pflegebedarf nieder, die als Risikogruppe in Sachen Mundgesundheit und zahnärztliche Versorgung gelten (vgl. IDZ 2016, S. 22). Laut den Ergebnissen der DMS V für das Jahr 2014 waren 60 % »der Menschen mit Pflegebedarf nicht mehr in der Lage, eigenständig einen Zahnarzttermin zu organisieren und selbstständig eine Praxis aufzusuchen« (IDZ 2016, S. 22). Fast ein Drittel (29,8 %) der Pflegebedürftigen benötigte außerdem Unterstützung bei der täglichen Mundhygiene

(ebd.). Die Verwirklichung einer ausreichenden zahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen wird so zum Gegenstand gesundheitspolitischer Auseinandersetzungen (vgl. das von KZBV und BZÄK [2010] herausgegebene Konzept »Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter«).

Gripeschutzimpfung

Die STIKO (Ständige Impfkommision am Robert Koch-Institut) empfiehlt Personen ab dem Alter von 60 Jahren, sich jährlich im Herbst gegen die saisonale Influenza (Grippe) impfen zu lassen (RKI 2017d, S. 340). Laut den Ergebnissen einer durch das RKI im Frühsommer 2014 durchgeführten, bundesweiten, computergestützten telefonischen Befragung waren in den Jahren 2012/2013 und 2014/2015 in der jeweiligen Wintersaison 50,0 % bzw. 49,4 % der Personen ab dem 60. Lebensjahr

Prävalenz von Tetanusimpfungen (in Prozent)

	18 bis unter 30 Jahre	30 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
Gesamt	78,2	76,0	78,2	69,7
Männer	79,5	78,0	78,7	72,8
Frauen	76,6	74,1	77,7	67,3

» Tab. 65: Prävalenz von Tetanusimpfungen im Jahr 2012 nach Geschlecht und Altersgruppen im Jahr 2012 (Anteil der Befragten, die innerhalb der letzten zehn Jahre gegen Tetanus geimpft wurden, in Prozent). Quelle: RKI Gesundheit in Deutschland aktuell – Telefonischer Gesundheitssurvey (GEDA) 2012 in: www.gbe-bund.de; Datenbasis: GEDA 2012; eigene Darstellung.

gegen Influenza geimpft (Bödeker u. a. 2015a, S. 4). Die Unterschiede innerhalb der Altersgruppe sind beträchtlich: In der Saison 2013/2014 waren 39,4 % der 60- bis 69-Jährigen geimpft (2012/2013: 40,6 %) (ebd.). In der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen war die Impfquote mit 59,2 % (2012/2013: 58,5 %) am höchsten (ebd.). Die häufigsten Gründe, die Personen im Alter von 60 Jahren und mehr oder mit chronischer Krankheit gegen eine Influenza-Impfung anführten, waren mit je gut einem Fünftel der Nennungen fehlendes Vertrauen in die Impfung (22,3 %) sowie die Einschätzung, dass eine Influenza nicht gefährlich sei (21,2 %) (Bödeker 2015b, S. 87).

Tetanus

Der Anteil der Personen, die über einen ausreichenden Impfschutz gegen Tetanus verfügen, d. h. die in den letzten zehn Jahren gegen Tetanus geimpft worden sind, ist in der Altersgruppe ab 65 Jahren insbesondere bei den Frauen geringer als in jüngeren Altersgruppen. Nach den Daten der GEDA-Studie für das Jahr 2012 waren im bundesweiten Durchschnitt etwa zwei Drittel (69,7 %) der Personen ab 65 Jahren in den zehn Jahren vor der Befragung geimpft worden: 72,8 % der Männer und 67,3 % der Frauen (vgl. Tabelle 65).

Teilnahme an Präventionskursen

Der § 20 Abs. 1 des SGB V verpflichtet die Krankenkassen dazu, Leistungen der Primärprävention vorzusehen. Ziel ist seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention im Jahr 2015 »die Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken sowie die Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns« (RKI 2015, S. 271). Das Gesetz schreibt vor, dass »die Leistungen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen« sollen (ebd.). Die Krankenkassen finanzieren sowohl Maßnahmen der individuellen als auch der settingbezogenen Gesundheitsförderung. Erste werden in Gruppen durchgeführt, letztere in »Lebenswelten«, z. B. in Schule, Kita, Betrieb oder dem Pflegeheim (vgl. www.gbe-bund.de). Die Inanspruchnahme entsprechender Leistungen ist dem jährlich erscheinenden Präventionsbericht sowie dem Portal zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de) zu entnehmen.

Tabelle 125 (Seite 218) zeigt aufgeschlüsselt nach Handlungsfeldern, wie viele Personen im Alter von 60 bis unter 70 Jahren sowie von 70 und mehr Jahren laut Kassendaten im Jahr 2016 bei Aktivitäten zur individuellen Gesundheitsförderung erreicht wurden. Insgesamt nahm mehr als eine

Teilnahme an mindestens einer verhaltenspräventiven Maßnahme (in Prozent)

Sozialstatus		Altersgruppen in Jahren (95%-KI)			
		Gesamt (95%-KI)	18 bis 29	30 bis 44	45 bis 64
Frauen					
Niedrig	16,1 (12,7–20,3)	12,6 (7,0–21,6)	12,8 (6,3–24,2)	14,3 (9,7–20,5)	22,8 (15,4–32,3)
Mittel	22,5 (20,5–24,6)	15,5 (11,3–20,8)	22,2 (17,9–27,2)	24,5 (21,4–28,0)	25,5 (21,9–29,4)
Hoch	27,3 (23,8–31,1)	12,7 (7,4–21,0)	26,3 (20,9–32,7)	30,5 (24,6–37,0)	37,7 (28,3–48,0)
Männer					
Niedrig	6,5 (4,4–9,5)	8,8 (4,0–18,3)	n. b.	6,3 (3,1–12,5)	6,5 (3,2–12,8)
Mittel	11,9 (10,2–13,8)	8,6 (5,7–12,9)	10,8 (7,5–15,4)	12,5 (9,9–15,7)	16,0 (12,3–20,6)
Hoch	12,5 (10,3–15,1)	n. b.	10,0 (6,6–15,0)	12,1 (8,8–16,4)	23,7 (17,7–31,0)

n. b. = nicht bewertet, da die Anzahl der ungewichteten Fälle < 5.

>> Tab. 66: Teilnahme an mindestens einer verhaltenspräventiven Maßnahme in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht, Altersgruppe und Sozialstatus (in Prozent, mit 95 %-Konfidenzintervallen). Quelle: Jordan und von der Lippe 2013, S. 881; Datenbasis: DEGS1 2008 bis 2011; nachgedruckt und bearbeitet mit Genehmigung von Rights Link Permissions Springer Nature Customer Service Centre GmbH: Springer Nature Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen S. Jordan, E. von der Lippe. © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013.

halbe Millionen Menschen im Alter ab 60 Jahren an entsprechenden Aktivitäten teil und stellte damit ca. ein Drittel aller Teilnehmenden. Je nach Handlungsfeld nahmen – mit Ausnahme des Handlungsfeldes »Verantwortungsvoller Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln« – jeweils drei- bis viermal so viele Frauen wie Männer an den Angeboten teil. Der Hauptanteil entfiel auf Aktivitäten im Bereich Bewegung. Daten zur Inanspruchnahme nach Altersgruppen und Sozialstatus lieferte zuletzt die Studie DEGS1 (vgl. Jordan und von der Lippe 2013).

Nach den Daten von DEGS1 für den Erhebungszeitraum 2008 bis 2011 nahmen 15,7 % der Männer und 25,9 % der Frauen im Alter zwischen 65- bis 79 Jahren in den 12 Monaten vor der Befragung an mindestens einer verhaltenspräventiven Maßnahme teil (vgl. Jordan und von der Lippe 2013, S. 881).⁴⁵ Bei Männern und Frauen mit hohem Sozialstatus war der Anteil derer, die an Präventionskursen teilnahm, signifikant größer als in der Gruppe derer, die nach den Kriterien der Studie einen niedrigen Sozialstatus aufwiesen, allerdings

45 Gefragt wurde: »Es gibt eine Reihe von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die von verschiedenen Anbietern durchgeführt werden und sich beispielsweise mit Ernährung, Bewegung, Entspannung und Sport oder Fitness befassen. Teilweise werden solche Maßnahmen von den Krankenversicherungen finanziert. Haben Sie in den letzten 12 Monaten an solchen Maßnahmen teilgenommen?« Es wurde nach vier Arten präventiver Maßnahmen gefragt: 1. Gewichtsreduktion, 2. gesunde Ernährung, 3. Entspannung oder Stressbewältigung, 4. Verbesserung der körperlichen Fitness oder der Beweglichkeit.

Finanzierung der Inanspruchnahme verhaltenspräventiver Maßnahmen (in Prozent)

Altersgruppe	Ernährung		Bewegung		Entspannung	
	{ 95 %-KI }		{ 95 %-KI }		{ 95 %-KI }	
18 bis 29 Jahre						
Selbst finanziert	47,4	{ 36,4–58,7 }	36,6	{ 30,4–43,2 }	24,8	{ 16,8–34,9 }
Teilweise selbst finanziert	45,4	{ 34,3–56,9 }	35,7	{ 29,8–42,0 }	42,2	{ 30,8–54,5 }
Vollständige Kostenübernahme	7,2	{ 3,4–14,6 }	27,7	{ 22,0–34,4 }	33,0	{ 22,9–45,1 }
30 bis 44 Jahre						
Selbst finanziert	51,8	{ 44,0–59,5 }	27,3	{ 23,5–31,4 }	25,1	{ 19,9–31,1 }
Teilweise selbst finanziert	36,8	{ 29,2–45,2 }	45,8	{ 41,3–50,5 }	41,1	{ 34,4–48,1 }
Vollständige Kostenübernahme	11,4	{ 7,7–16,4 }	26,9	{ 22,7–31,6 }	33,9	{ 27,2–41,2 }
45 bis 64 Jahre						
Selbst finanziert	45,1	{ 39,0–51,3 }	32,2	{ 28,7–35,9 }	29,7	{ 24,7–35,3 }
Teilweise selbst finanziert	40,0	{ 33,9–46,3 }	40,4	{ 36,7–44,2 }	32,4	{ 27,2–38,1 }
Vollständige Kostenübernahme	15,0	{ 11,0–20,0 }	27,4	{ 23,9–31,1 }	37,9	{ 32,2–43,9 }
65 bis 79 Jahre						
Selbst finanziert	41,7	{ 32,4–51,6 }	33,6	{ 28,4–39,2 }	35,1	{ 25,3–46,4 }
Teilweise selbst finanziert	51,7	{ 42,0–61,4 }	44,8	{ 39,1–50,6 }	39,9	{ 29,4–51,4 }
Vollständige Kostenübernahme	6,6	{ 3,1–13,2 }	21,6	{ 17,1–27,0 }	25,0	{ 16,3–36,2 }

» Tab. 67: Finanzierung der Inanspruchnahme verhaltenspräventiver Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung und Entspannung in den letzten 12 Monaten nach Altersgruppe und Präventionsbereich (in Prozent). Quelle: RKI, Gesundheit in Deutschland aktuell 2009, zitiert nach RKI 2011a, S. 29; Datenbasis: GEDA 2009; Darstellung verändert.

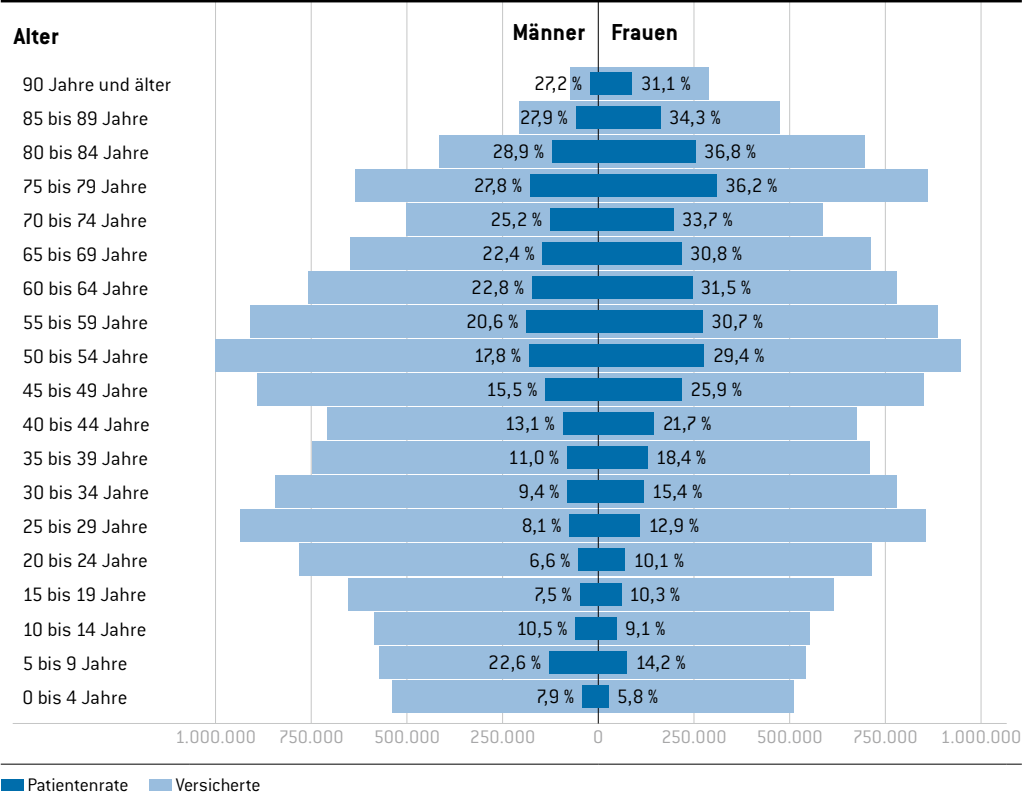
verschwindet »der signifikante Unterschied bei Berücksichtigung des Alters weitgehend«) (vgl. ebd., S. 82 sowie Tabelle 66).

Die 65- bis 79-Jährigen, die laut der Erhebung des RKI im Jahr 2009 an Präventionskursen teilnahmen, finanzierten diese in der überwiegenden Zahl der Fälle selbst oder übernahmen einen Teil der Kosten (vgl. Tabelle 67). Eine vollständige Kostenübernahme durch die Krankenkasse berichteten nur 6,6 % der Älteren, die angaben, an einer Maßnahme im Präventionsbereich Ernährung teil-

genommen zu haben, 21,6 % derjenigen, die einen Kurs im Bereich Bewegung und 25,0 % derjenigen, die einen Entspannungskurs besucht hatten (vgl. Tabelle 67, zitiert nach RKI 2011a, S. 29).

Auffällig ist die geringere Inanspruchnahme verhaltenspräventiver Maßnahmen durch Personen niedrigerer Statusgruppen einerseits (vgl. Tabelle 66) sowie der vergleichsweise geringe Anteil von Maßnahmen, bei denen die Kosten vollständig übernommen werden (vgl. Tabelle 67) andererseits. Dies wirft die Frage auf, ob sich die geringere Inan-

Heilmittelpatientinnen und -patienten der AOK



>> Abb. 22: Heilmittelpatientinnen und -patienten der AOK nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2016 (absolut und in Prozent).
Quelle: Wido 2016, zitiert nach Waltersbacher 2017, S. 15; Datenbasis: AOK-Heilmittel-Informationssystem (AOK-HIS) 2017; Darstellung verändert.

spruchnahme verhaltenspräventiver Maßnahmen durch Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status unter anderem dadurch erklären lässt, dass es zu schwierig erscheint, eine vollständige Kostenübernahme zu erhalten.

Daten über die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten und Vorsorgeuntersuchungen von Menschen mit Migrationshintergrund liegen derzeit nicht vor.

Im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz beteiligten sich die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland im Jahr 2016 an insgesamt 76 Aktivitäten, die sich an Menschen in der Altersgruppe 68 bis 80 Jahre richteten (www.gbe-bund.de). Dies stellt mehr als eine Verdopplung gegenüber dem Jahr 2015 mit 36 Aktivitäten dar.

Heilmittelverordnungen

Heilmittel werden eingesetzt, um Beeinträchtigungen, die durch eine Krankheit entstehen, abzumildern, eine Krankheit ausheilen zu lassen oder ein Fortschreiten der Erkrankung aufzuhalten. Heilmittel umfassen u. a. physikalische Therapie und Physiotherapie (Krankengymnastik und Massage), podologische Leistungen (medizinische Fußpflege), Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie) sowie Ergotherapie.

Daten zur Inanspruchnahme von Heilmitteln nach Alter und Geschlecht durch AOK-Versicherte liefert das AOK-Heilmittel-Informationssystem (AOK-HIS) (vgl. Waltersbacher 2017; vgl. auch Abbildung 22).⁴⁶ Die Patientenrate sagt aus, »wie viele der Versicherten mit Heilmitteln versorgt wurden« (ebd., S. 15). Insbesondere Verordnungen für Physiotherapie, aber auch für medizinische Fußpflege, steigen mit zunehmendem Alter an (vgl. Waltersbacher 2017, S. 16, vgl. auch Tabelle 126 auf Seite 219). Im Jahr 2016 erhielt gut jeder fünfte der männlichen und etwa jede dritte der weiblichen AOK-Versicherten zwischen 65 und 79 Jahren mindestens eine Heilmittelverordnung für Physiotherapie (ebd.).

» 04.10 Rehabilitation

Eine interdisziplinäre geriatrische Rehabilitation umfasst das Ziel der Wiederherstellung der Selbstständigkeit (z. B. nach einem Sturz oder Schlaganfall), aber auch präventive Maßnahmen wie die Vermittlung von Gesundheitsverhalten (Schütz und Wurm 2009, S. 164). Gemäß dem Grundsatz »Rehabilitation vor Rente« bzw. »Rehabilitation vor

Pflege« (RKI 2015, 319) soll die durch Krankheit oder Unfall verursachte gesundheitliche Beeinträchtigung, die eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bedroht, mit Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation beseitigt oder gemildert bzw. eine Verschlimmerung verhindert werden (ebd.).

Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden sowohl in stationären Einrichtungen als auch ambulant erbracht. Es existiert keine einheitliche Gesamtstatistik zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen, die von unterschiedlichen Trägern (u. a. Deutsche Rentenversicherung, Gesetzliche Krankenversicherung, Träger der Kriegsopferversorgung und Träger der Kriegsopferfürsorge) finanziert werden (RKI 2015, S. 319). Das Statistische Bundesamt erfasst jedoch »Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen« mit mehr als 100 Betten für das Jahr 2016 (Statistisches Bundesamt 2017j). Bevölkerungsbasierte Daten zur Inanspruchnahme liefert die von 2008 bis 2011 vom RKI durchgeführte DEGS1-Studie (vgl. RKI 2015, S. 319 ff.).

Im Jahr 2016 waren knapp eine halbe Million der 65- bis unter 80-Jährigen in vollstationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten in Behandlung: 209.309 Männer und 245.354 Frauen (Statistisches Bundesamt 2017j, S. 10; eigene Berechnungen). Die Altersgruppe stellte damit etwas mehr als ein Viertel aller Patientinnen und Patienten (27,4 % der Männer und 27,0 % der Frauen [ebd.]). Der im höheren Alter größere Anteil von Frauen an der Bevölkerung schlägt sich auch in höheren absoluten Inanspruchnahmezahlen von Leistungen der medizinischen Rehabilitation ab ca. 75 Jahren nieder (vgl. Abbildung 47 auf Seite 232).

⁴⁶ Zu beachten ist, dass sich die Versichertenstruktur der AOK von der Struktur der Versichertenpopulation der GKV sowie der Bevölkerung insgesamt unterscheidet.

Häufigster Anlass für die Inanspruchnahme von Leistungen in diesen Einrichtungen waren im Jahr 2016 bei den 65- bis unter 80-jährigen Männern Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (29,0 % der Fälle), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (27,9 % der Fälle) sowie bösartige Neubildungen (16,5 % der Fälle) (Statistisches Bundesamt 2017j, S. 12). Bei den Frauen dieser Altersgruppe waren Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes häufigster Anlass für die Rehabilitation (42,3 %), gefolgt von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (15,7 %) und bösartigen Neubildungen (12,4 %) (ebd., S. 14). Die durchschnittliche Verweildauer lag in der hier betrachteten Altersgruppe mit rund 22 Tagen unter dem altersübergreifenden Durchschnitt von 25 Tagen (ebd., S. 11).

159 der insgesamt 2.166 Fachabteilungen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten waren geriatrische Fachabteilungen, die 2016 insgesamt 8.173 Betten bereithielten (Statistisches Bundesamt 2017k, S. 17). Der Nutzungsgrad war mit 86,5 % vergleichsweise hoch; einen höheren Nutzungsgrad wiesen nur nephrologische, psychiatrische, neurologische und orthopädische Fachabteilungen auf (ebd.). Trotzdem stellt die Geriatrie einen relativ kleinen Anteil an den Fachabteilungen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Zum Umfang ambulanter geriatrischer Rehabilitationsangebote liegen keine Daten vor.

In den letzten Jahren wird nicht nur der zunehmende Bedarf an geriatrischer Rehabilitation als »integrierte[r] Bestandteil der >geriatrischen Versorgung« anerkannt (vgl. RKI 2015, S. 322

unter Bezug auf von Renteln-Kruse u. a. 2011). Im ambulanten Bereich sind darüber hinaus Angebote der mobilen geriatrischen Rehabilitation entwickelt worden (vgl. RKI 2015, S. 322). Dazu, in welchem Umfang solche aufsuchenden Angebote tatsächlich für rehabilitationsbedürftige Ältere – insbesondere auch mit Pflegebedarf – zugänglich und verbreitet sind, fehlt es jedoch ebenso an Daten wie zur Inanspruchnahme ambulanter geriatrischer Rehabilitation generell. Die Ergebnisse der RKI-Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) deuten darauf hin, dass der Aufholbedarf groß ist: Im Rahmen der Studie wurde unter anderem nach der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen in den 36 Monaten vor der Befragung sowie nach dem Setting der Leistungserbringung (ambulant, teilstationär, tagesklinisch oder stationär) gefragt. Die 2008 bis 2011 erhobenen Daten bilden die in den höheren Altersgruppen insgesamt größere Inanspruchnahme ab. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass, auch wenn der Anteil ambulanter Rehabilitation bei den 65- bis 79-Jährigen am höchsten ist, die stationäre Leistungserbringung deutlich überwiegt (ebd., S. 321, vgl. auch Tabelle 127 auf Seite 220).

» 04.11 Gesundheitskosten

Laut der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes entfielen auf die Altersgruppe der 65- bis unter 85-Jährigen im Jahr 2015 sogenannte »Krankheitskosten«⁴⁷ in Höhe von 125,3 Milliarden Euro. Die Krankheitskosten insgesamt

⁴⁷ Krankheitskosten beschreiben den unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbundenen monetären Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen. Hierzu zählen auch Verwaltungskosten der Leistungserbringer sowie sämtlicher öffentlicher und privater Einrichtungen, die in Deutschland Gesundheitsleistungen finanzieren.

beliefen sich auf 338,2 Milliarden Euro (www.gbe-bund.de).

Etwa ein Fünftel der Kosten entfiel in der betrachteten Altersgruppe (65 bis unter 85 Jahre) auf Krankheiten des Kreislaufsystems (20,4 % der Kosten), gefolgt von Krankheiten des Verdauungssystems (10,6 %), des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (10,3 %) sowie auf Neubildungen (9,5 %) und psychische und Verhaltensstörungen (9,2 %) (www.gbe-bund.de; eigene Berechnungen). Das geschlechtsspezifische Krankheitsgeschehen bildet sich auch bei den Kosten ab: Bei den Männern der Altersgruppe entfielen 23,3 % der Kosten auf Krankheiten des Kreislaufsystems, bei den Frauen waren es 18,0 %. Die Behandlung von Neubildungen war bei den Männern für 11,3 % der Krankheitskosten verantwortlich, bei den Frauen für 7,9 %. Umgekehrt verhielt es sich mit den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie psychischen und Verhaltensstörungen, auf die 12,8 % bzw. 11,0 % der Krankheitskosten der Frauen im Alter von 65 bis unter 85 Jahre entfielen, aber nur 7,3 % bzw. 7,1 % der Krankheitskosten der Männer.

Aus der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamts gehen auch die Kosten je EW hervor. Diese beliefen sich im altersübergreifenden Durchschnitt der Gesamtbevölkerung im Jahr 2015 auf 4.140 Euro je Person (www.gbe-bund.de). In der Altersgruppe der 65- bis unter 85-Jährigen waren die Kosten mit durchschnittlich 8.350 Euro pro Person doppelt so hoch (ebd.). Auf die Männer der Altersgruppe entfiel im Durchschnitt mit 8.500 Euro ein etwas höherer Betrag als auf die Frauen mit 8.220 Euro. In den übrigen Altersgruppen waren – mit Ausnahme der unter 15-Jährigen –

die durchschnittlich für Frauen aufgebrachten Krankheitskosten höher als die für die Männer. Häufig wird mit dem Fortschreiten des demografischen Wandels ein Anstieg der Krankheitskosten erwartet. Nöthen und Böhm (2009, S. 244) weisen jedoch darauf hin, dass nicht allein die Altersstruktur, sondern verschiedene, nur zum Teil altersabhängige Einflussfaktoren, die miteinander in einem komplexen Wirkzusammenhang stehen, die Höhe der Krankheitskosten beeinflussen. Zu berücksichtigen sind beispielsweise auch »angebotsseitige und systemimmanente Faktoren« (vgl. Mardorf und Böhm 2009, S. 247).

Den laufenden Wirtschaftsrechnungen des Statistischen Bundesamts lassen sich Informationen über die monatlichen Ausgaben privater Haushalte für die Gesundheitspflege entnehmen (Gebrauchs- und Verbrauchsgüter und Dienstleistungen für die Gesundheitspflege).⁴⁸ Danach gaben Haushalte, in denen die haupteinkommensbeziehende Person 65 bis unter 70 Jahre alt war, im Jahr 2015 monatlich durchschnittlich 119 Euro für die Gesundheitspflege aus – 19 Euro mehr als im altersübergreifenden Durchschnitt, der bei 100 Euro lag (Statistisches Bundesamt 2017f, S. 46). In Haushalten mit einer haupteinkommensbeziehenden Person im Alter von 70 bis unter 80 Jahren beliefen sich die Ausgaben auf durchschnittliche 136 Euro je Monat (ebd.). Zum Vergleich: Der seit dem 1. Januar 2018 gültige Regelsatz der Grundsicherung im Alter in Höhe von 416 Euro enthält für Gesundheitspflege einen monatlichen Betrag von rund 15 Euro monatlich (vgl. §5 RBEG).

48 »Im Rahmen der Laufenden Wirtschaftsrechnungen 1 (LWR) geben private Haushalte in Deutschland jährlich freiwillig Auskunft über ihre Einnahmen und Ausgaben, ihre Wohnverhältnisse und die Ausstattung mit ausgewählten Gebrauchsgütern« (Statistisches Bundesamt 2017f, S. 4).

» 04.12 Versorgung am Lebensende

Palliativversorgung

Die mit steigendem Lebensalter wachsende Morbidität (vgl. Kapitel 04.2 auf Seite 70) bringt für einen großen Teil der 65- bis unter 80-Jährigen das Thema »Sterben und Tod« auf: Viele erleben, dass Menschen in ihrem persönlichen Umfeld sterben; manche sehen »den eigenen Tod näher kommen«. In solchen Situationen tauchen häufig auch Fragen nach der Versorgung am Lebensende auf: Wo wird man sein, wen kann und möchte man bei sich haben, wie wird mit Schmerzen umgegangen und für die eigenen Bedürfnisse gesorgt sein?

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation hat die Palliativversorgung zum Ziel, die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten, die mit einer lebensbedrohenden Erkrankung konfrontiert sind, sowie von deren Angehörigen zu verbessern. Es geht darum, Leiden vorzubeugen und zu lindern sowie Schmerzen und andere Probleme – auf körperlicher, psychosozialer und spiritueller Ebene – zu behandeln (vgl. DGP 2016, S. 1). Die Europäische Gesellschaft für Palliativversorgung hebt den interdisziplinären Charakter der Palliativversorgung hervor. Sie soll auch die An- und Zugehörigen einbeziehen und sich an den Bedürfnissen der Patientin oder des Patienten orientieren, »wo immer er oder sie betreut wird, sei es zu Hause oder im Krankenhaus. Palliativversorgung bejaht das Leben und sieht das Sterben als normalen Pro-

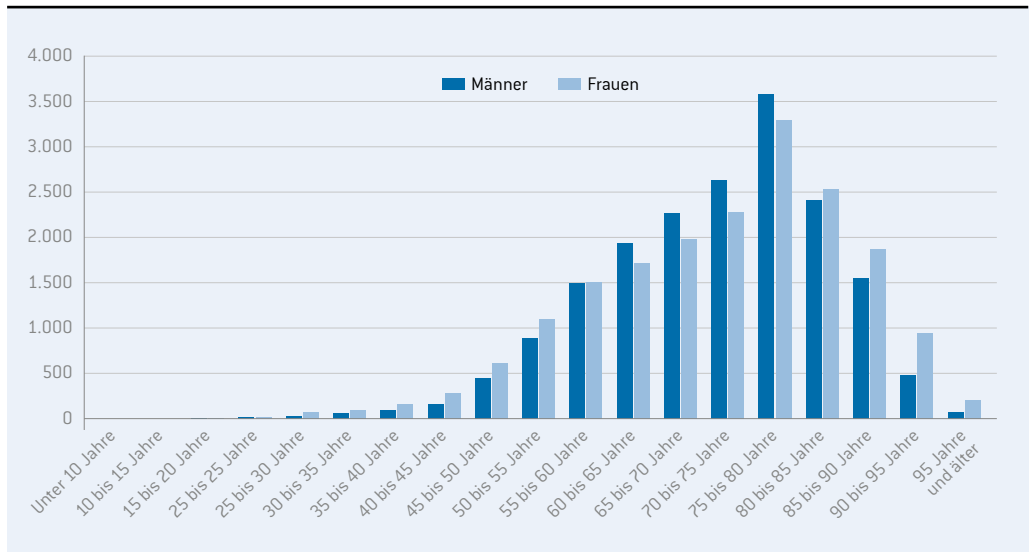
zess; weder beschleunigt noch verhindert sie den Tod.« (EAPC, zitiert nach DGP 2016, S. 1)

Palliativversorgung in Deutschland ist ambulant und stationär, allgemein und spezialisiert organisiert. Neben der professionellen Begleitung spielt insbesondere im Bereich der ambulanten Versorgung auch ehrenamtliches Engagement eine große Rolle. Eine Übersicht über die Ausrichtung der unterschiedlichen Angebote findet sich in dem Bericht des RKI »Gesundheit in Deutschland« (2015, S. 333). Eine amtliche Statistik zur Gesamtheit vorhandener Angebote existiert nicht. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) stellt über den »Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung« jedoch eine auf Selbstmeldungen der Anbieter basierende Übersicht zu der einwohnerbezogenen Anzahl von Einrichtungen je Bundesland zur Verfügung (vgl. Tabelle 128 auf Seite 221).

Eine altersdifferenzierte Statistik zur Inanspruchnahme der unterschiedlichen Angebote der Palliativversorgung existiert nicht.⁴⁹ Altersgruppenbezogene Daten enthält die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes (»DRG-Statistik«), die über die Zahl der Behandlungsfälle in Fachabteilungen für Palliativmedizin Aufschluss gibt. Erfasst sind jedoch nur Krankenhäuser, die nach dem DRG-System abrechnen. Danach waren insgesamt 15.966 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2016 in palliativmedizinischen Fachabteilungen behandelt wurden, 65 bis unter 80 Jahre alt (Statistisches Bundesamt 2017, S. 25, 27 und 29; eigene Berechnungen). Damit stellte die Altersgruppe 43,5 % aller im Jahr 2016 auf entsprechenden Fachabteilungen behandelten Patientinnen und Patienten (ebd.). Abbildung 23

49 Die Bertelsmann-Stiftung hat einen »Faktencheck Gesundheit« der Palliativversorgung gewidmet. Es fanden sich Hinweise auf eine kurative Über- und palliative Unterversorgung; auch wurden – ebenfalls unter Rückgriff auf den Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin – große regionale Unterschiede in den palliativen Versorgungsstrukturen gefunden (vgl. Bertelsmann Stiftung 2015; Melching 2015 und Radbruch u. a. 2015).

Behandlungsfälle in Fachabteilungen für Palliativmedizin (absolut)



» Abb. 23: Behandlungsfälle in Fachabteilungen für Palliativmedizin nach Altersgruppen im Jahr 2016 (nur Krankenhäuser, die nach dem DRG-System abrechnen; »15 bis 20 Jahre« ist zu lesen als »15 bis unter 20 Jahre«). Datenbasis: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik), Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017I, S. 25, 27 und 29; eigene Berechnungen; Darstellung in Anlehnung an RKI 2015, S. 335.

zeigt, dass in der Altersgruppe der 60 bis unter 80-Jährigen mehr Männer als Frauen behandelt wurden, in den übrigen Altersgruppen waren es mehr Frauen als Männer.

Die Frage, an welchen Orten Menschen ihre letzte Lebensphase bzw. ihr Lebensende »verbringen« möchten, d. h. nach den gewünschten »Sterbeorten«, ist ebenfalls wenig untersucht. In einer im Auftrag der Bertelsmann Stiftung durchgeführten, laut dortiger Angabe repräsentativen Umfrage unter rund Tausend Personen deutscher Staatsangehörigkeit im Oktober 2015 gaben altersgruppenübergreifend 76 % der Befragten an, zu Hause sterben zu wollen, 10 % nannten das Hospiz als bevorzugten Sterbeort, 6 % das Krankenhaus und 2 % das Alten- oder Pflegeheim; 6 % machten sonstige Angaben oder wussten es nicht (Bertelsmann Stiftung 2015, S. 2).

Was den tatsächlichen Sterbeort angeht, weisen die wenigen verfügbaren und mit Vorsicht zu interpretierenden Daten allerdings in eine andere Richtung: Zu den tatsächlichen Sterbeorten existiert keine amtliche Statistik. Dasch u. a. (2015) werteten für ausgewählte Regionen in Westfalen-Lippe (Nordrhein-Westfalen) die Angaben zum Sterbeort von rund 24.000 Todesbescheinigungen aus den Jahren 2001 und 2011 vergleichend aus. Bei altersgruppenbezogener Betrachtung zeigt sich, dass etwa ein Viertel der 65- bis 79-Jährigen im Jahr 2011 zu Hause verstarb, 61,9 % verstarben im Krankenhaus, 8,3 % in einem Alten- oder Pflegeheim und 4,3 % in einem Hospiz oder einer Palliativstation (ebd., S. 499; eigene Berechnungen). Frauen der Altersgruppe starben deutlich häufiger im Alten- oder Pflegeheim als Männer (ebd., S. 500).

» 04.13 Fazit

Gesundheit und Krankheit sind für die betrachtete Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen von großer Bedeutung. Die subjektive Gesundheit wird von der Altersgruppe zwar schlechter als in den jüngeren Altersgruppen beurteilt, aber immerhin von der Hälfte der Personen als gut oder sehr gut eingeschätzt. Zugleich gibt über die Hälfte zwei bis vier Erkrankungen an, und – je nach Altersgruppe – jeder vierte bis siebte fünf und mehr Erkrankungen. Auch gesundheitliche Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten treten in der Altersgruppe zunehmend auf.

Insbesondere die Arbeitsmigrantinnen und -migranten der ersten Generation berichten von einer schlechteren subjektiven Gesundheit, von einer größeren Zahl von Erkrankungen und stärkeren gesundheitlichen Einschränkungen, ohne dass hierfür differenzierte Daten (etwa nach Herkunftsländern) vorliegen.

Am stärksten sind die 65- bis 79-Jährigen von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und des Muskel- und Skelett-Systems betroffen. Dementsprechend werden Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen von der Altersgruppe vor allem aufgrund dieser Krankheiten in Anspruch genommen. Von vielen Krankheiten wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall oder Diabetes sowie von gesundheitlichen Einschränkungen sind Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status stärker betroffen.

Demenzen und Depressionen sind die häufigsten psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter. Depressionen im Alter werden zunehmend in wissenschaftlichen Untersuchungen und in den Medien thematisiert, jedoch bleibt immer noch offen, ob sie ausreichend behandelt werden. Die Zahl der Suizide steigt in den höheren Altersgruppen ins-

besondere bei den Männern stark an. Auch leichte depressive Symptome sind verbreitet: Zwar ist der Anteil der Personen, die davon betroffen sind, insgesamt zurückgegangen, aber noch immer berichtet ein Viertel bis ein Drittel der älteren Menschen leichte depressive Symptome. Während Demenzen bei den Jüngeren der betrachteten Altersgruppe noch keine große Bedeutung haben, steigt die Prävalenz in den höheren Altersgruppen stark an.

Im Vergleich zu früheren Generationen hat die Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen eine längere Lebenserwartung. Die häufigsten Todesursachen sind Krankheiten des Kreislaufsystems und Neubildungen (Krebs). Auch hier schlagen sich sozioökonomische Unterschiede nieder: Menschen mit niedrigerem Einkommen sterben deutlich früher als Menschen mit höherem Einkommen.

Eine gesunde Lebensweise ist in der betrachteten Altersgruppe stärker verbreitet als bei jüngeren Menschen. Hinsichtlich des Bewusstseins für die Gesundheit zeigt sich die Altersgruppe allerdings heterogen. So war z. B. die Inanspruchnahme des Gesundheits-Check-up bei den 70- bis unter 80-Jährigen in den Jahren 2014 bis 2015 höher als noch vor einigen Jahren, in der Altersgruppe der 65- bis unter 70-Jährigen jedoch niedriger. Ob sich hier ein Kohorteneffekt andeutet und worauf dieser zurückzuführen wäre, verdient eine genauere Betrachtung. Sportliche Aktivität hat in den letzten 20 Jahren bei Menschen über 60 Jahren zugenommen. Der Verzehr von Obst und Gemüse ist im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen verbreiteter. Auch Präventionskurse, v. a. zur Bewegung, werden von der Altersgruppe in Anspruch genommen und mehrheitlich zumindest anteilig selbst bezahlt.

Der Konsum von Suchtmitteln wie Alkohol und Tabak nimmt mit zunehmendem Alter ab. Jedoch sind sowohl Risikokonsum als auch Rauschtrinken immer noch relativ verbreitet. Während Personen der oberen Bildungsgruppen häufiger riskant kon-

sumieren, ist in den unteren Bildungsgruppen das Rauschtrinken verbreiteter. Männer trinken insgesamt mehr Alkohol als Frauen und rauchen mehr.

Die Zahl der verordneten Medikamente steigt in der Altersgruppe, bedingt durch die größere Krankheitsbelastung, stark an. Eine Erhebung des tatsächlichen Medikamentenkonsums von Personen über 65 Jahre wäre sinnvoll, da sowohl ein Abhängigkeitsrisiko (z. B. bei Schlafmitteln) als auch ein allgemeines Gesundheitsrisiko mit der gleichzeitigen Einnahme verschiedener Medikamente bestehen kann. Auch eine stärkere Kontrolle der Verschreibung sowie Beratung und Aufklärung der Patientinnen und Patienten sind zu empfehlen.

Im Bereich der Rehabilitation stellt die Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen etwas mehr als ein Viertel aller Patientinnen und Patienten vollstationärer Einrichtungen zur Vorsorge und Rehabilitation mit mehr als 100 Betten. Während die Zahl der in rehabilitativen Fachabteilungen mit geriatrischem Schwerpunkt vorgehaltenen Betten überschaubar ist, war deren Auslastung mit 86,5 % vergleichsweise hoch. Zum Angebot und der Inanspruchnahme ambulanter geriatrischer Rehabilitation fehlt es an Daten, jedoch scheint der Aufholbedarf groß.

Für die Bevölkerung im Alter von 65 bis unter 85 Jahren wurde 2015 mit 37 % ein gutes Drittel der finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen für medizinische Heilbehandlungen, Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahmen sowie die zugehörigen Verwaltungskosten aufgewendet. Dabei lagen die Kosten je Person bei den Männern der Altersgruppe etwas höher als bei den Frauen.

Zur palliativmedizinischen Versorgung fehlt es an Daten. Allerdings weisen Studien auf eine große Kluft zwischen gewünschten und tatsächlichen Sterbeorten hin. Während die allermeisten Menschen sich wünschen, zu Hause zu sterben, mit deutlichem Abstand gefolgt vom Sterben im Hospiz, sind Krankenhäuser und Alten- und Pflegeheime die häufigsten tatsächlichen Sterbeorte.

Deutlich wurden in diesem Kapitel verschiedene Risikogruppen, die in der Gesundheitsförderung besonderer Beachtung bedürfen: So weisen Personen der unteren Bildungs- und Einkommensgruppen erhöhte Erkrankungs- und Sterberaten auf, weiterhin zeigen sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern sowohl hinsichtlich Erkrankungsrisiken als auch des Risikoverhaltens. Entsprechend sollten Präventionsangebote neben den sozioökonomischen auch die geschlechtsspezifischen Risikolagen beachten und fokussieren.

Ein generelles Problem für eine zielgruppenorientierte Weiterentwicklung von Angeboten der Prävention, Rehabilitation und gesundheitlichen Versorgung stellt der Mangel an aktuellen repräsentativen Daten zur gesundheitlichen Lage von älteren Menschen mit Migrationshintergrund sowie zur Inanspruchnahme entsprechender Angebote dar. Hier besteht noch deutlicher Forschungsbedarf, insbesondere wenn ältere Menschen aus unterschiedlichen Herkunftsländern spezifisch adressiert werden sollen.

05

» Pflege und Pflegebedürftigkeit

Das Thema Pflege betrifft die 65- bis unter 80-Jährigen in zweifacher Weise: Zum einen nimmt das Risiko, selbst auf Hilfe und/oder Pflege angewiesen zu sein, bereits in dieser Altersgruppe zu, wenngleich die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein, ab dem 80. Lebensjahr noch einmal deutlich steigt. Zum anderen unterstützt ein beträchtlicher Teil der 65- bis unter 80-Jährigen die eigenen pflegebedürftigen Ehe- oder Lebenspartnerinnen und -partner, (Schwieger-)Eltern, Verwandte oder auch Menschen in der Nachbarschaft oder im Freundeskreis. Mit dieser Rolle als pflegende Angehörige gehen vielfältige Belastungen einher, die auch gesundheitlich relevant sein können.

In diesem Kapitel werden zunächst Häufigkeiten und Verteilungen von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in der Altersgruppe nach Alter, Geschlecht und Pflegestufe vorgestellt. Im nächsten Schritt geht es um die Arrangements, in denen die Hilfe- und Pflegebedürftigen der Altersgruppe diese Unterstützung erhalten. Im Wesentlichen werden dabei stationäre und ambulante Versorgungsformen unterschieden. Abschließend wird dargelegt, wer die Pflegenden in der Altersgruppe sind und mit welchen Belastungen sie zu tun haben. Eingegangen wird auch auf Ressourcen und Präventionsmöglichkeiten.

» 05.1 Pflegebedürftigkeit bei Menschen zwischen 65 und 80 Jahren

Aussagen zu Verbreitung und Ausmaß von Pflegebedürftigkeit in Deutschland hängen davon ab, wie Pflegebedürftigkeit definiert und wer in der Folge als »pflegebedürftig« erfasst wird. Das Statistische Bundesamt legt hierzu alle zwei Jahre aktuelle Zahlen im Rahmen der amtlichen Pflegestatistik vor. Die zu Redaktionsschluss dieses Fachheftes aktuellste Publikation präsentiert die Daten für das Jahr 2015 (vgl. Statistisches Bundesamt 2017m). Als »Pflegebedürftige« gelten danach jene Personen, die »pflegebedürftig« im Sinne des Sozialgesetzbuches 11 (SGB XI) sind, d. h. Personen, »die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung [...] auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, [...] der Hilfe bedürfen« (ebd., S. 31).⁵⁰

Ausschlaggebend dafür, ob eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes anerkannt und die betreffende Person in der Pflegestatistik erfasst wird, sind eine Begutachtung und die Entscheidung

der Pflegekasse (soziale Pflegeversicherung) bzw. des privaten Versicherungsunternehmens (private Pflegeversicherung) über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung⁵¹ der pflegebedürftigen Person zu einer der Pflegestufen I bis III.⁵² Seit dem 01.01.2017 erfolgt die Einstufung in einen der Pflegegrade 1 bis 5.⁵³

Voraussetzung für die Zuerkennung einer Pflegestufe war bis zum 01.01.2017 ein »erheblicher Pflegebedarf«: Um die niedrigste Pflegestufe, die Pflegestufe I, zu erhalten, war es notwendig, bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für mindestens zwei verschiedene »Verrichtungen«, wie z. B. Duschen, Zahnpflege oder Ankleiden, sowie zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung zu benötigen (vgl. SGB XI §15 Abs. 1 Satz 1 in der Fassung vom 21.12.2015). Der benötigte Zeitaufwand für diese Hilfe musste täglich mindestens 90 Minuten betragen, wobei die Zeit zugrunde zu legen war, die eine nicht als Pflegekraft ausgebildete Person für diese Pflege benötigen würde. Mindestens 45 Minuten davon mussten auf den Bereich der Körperpflege, der Ernährung oder die Mobilität entfallen (SGB XI § 15 Abs. 3 Satz 1 in der Fassung vom 08.08.2016).⁵⁴

50 Zum 01.01.2017 wurde der Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI geändert; seitdem gelten Personen als pflegebedürftig, »die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen«, wobei es »sich um Personen handeln [muss], die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können« (SGB XI §14 Abs. 1 in der Fassung vom 18.07.2017). Nach wie vor gilt, dass die Pflegebedürftigkeit »auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate« bestehen und von gewisser, gesetzlich definierter Schwere sein muss.

51 Abweichend hiervon werden im stationären Bereich auch die Pflegebedürftigen in die Erhebung einbezogen, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt direkt in die Pflegeeinrichtung aufgenommen werden und Leistungen nach SGB XI erhalten, für die jedoch noch keine Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe vorliegt. Da in diesen Fällen die Zuordnung der Pflegestufe oftmals erst rückwirkend erfolgt, wird dieser Personenkreis bereits zum Erhebungsstichtag mit berücksichtigt.

52 Personen ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (sogenannte Pflegestufe 0) werden in der Pflegestatistik nicht zu den Pflegebedürftigen gerechnet (Statistisches Bundesamt 2017m, S. 31). Wo möglich werden im Folgenden dennoch auch Daten zu dieser Personengruppe berichtet.

53 Die im Folgenden berichteten Zahlen beziehen sich auf die Pflegestatistik des Jahres 2015, d. h. »nur« auf Pflegestufen.

54 Nach der Systematik der Pflegegrade soll Pflegegrad 1 nun bereits bei »geringe[n] Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten« zugeordnet werden (SGB XI §15 Abs. 3 Satz 1 in der Fassung vom 18.07.2017).

Pflegebedürftige absolut und je 100.000 EW

Pflegestufe	Geschlecht	65 bis unter 70 Jahre		70 bis unter 75 Jahre		75 bis unter 80 Jahre	
		Absolut	Je	Absolut	Je	Absolut	Je
			100.000 EW		100.000 EW		100.000 EW
Pflegestufen insgesamt	Gesamt	136.976	3.162	214.427	5.402	422.093	9.885
	Männer	69.006	3.317	99.749	5.400	172.154	9.110
	Frauen	67.970	3.019	114.678	5.405	249.939	10.501
Pflegestufe I	Gesamt	81.382	1.879	126.151	3.178	252.774	5.920
	Männer	40.103	1.928	56.595	3.064	97.738	5.172
	Frauen	41.279	1.833	69.556	3.278	155.036	6.513
Pflegestufe II	Gesamt	41.500	958	65.992	1.663	126.547	2.964
	Männer	21.704	1.043	32.695	1.770	56.571	2.994
	Frauen	19.796	879	33.297	1.569	69.976	2.940
Pflegestufe III	Gesamt	13.515	312	21.506	542	41.454	971
	Männer	6.850	329	10.071	545	17.325	917
	Frauen	6.665	296	11.435	539	24.129	1.014
Bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet	Gesamt	579	13	778	20	1.318	31
	Männer	349	17	388	21	520	28
	Frauen	230	10	390	18	798	34
Nachrichtlich: Personen ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	Gesamt	9.618	222	13.862	349	26.554	622
	Männer	5.015	241	5.979	324	10.201	540
	Frauen	4.603	204	7.883	372	16.353	687

>> Tab. 68: Pflegebedürftige absolut und je 100.000 EW, nach Altersgruppe, Pflegestufe und Geschlecht im Jahr 2015. Quelle: Statistisches Bundesamt in: www.gbe-bund.de; Datenbasis: Pflegestatistik 2015 sowie Fortschreibung des Bevölkerungsstandes; Darstellung verändert.

Oft sind ältere Menschen im Alltag bereits lange auf Hilfe angewiesen, bevor oder ohne dass sie jemals die Schwelle zum anerkannten Pflegebedarf überschreiten – sie gelten als »hilfebedürftig«. Dazu, wie verbreitet Hilfebedürftigkeit in diesem Sinne in Deutschland ist, fehlt es an aktuellen Daten. Die letzte große bundesdeutsche Reprä-

sentativerhebung, in der systematisch sowohl Hilfe- als auch Pflegebedürftigkeit von Menschen, die in Privathaushalten leben, erfasst wurde, wurde im Jahr 2006 publiziert. Die enthaltenen Daten zur Hilfebedürftigkeit stammen aus dem Jahr 2002. In dieser Studie gelten Menschen als hilfebedürftig, die vorrangig hauswirtschaftlichen Hilfebedarf

haben und deren Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens noch keine Zuerkennung einer Pflegestufe rechtfertigen (Schneekloth und Wahl 2006, S. 15 f.). Im Jahr 2002 kamen zu knapp 1,4 Millionen pflegebedürftigen Menschen in allen Altersgruppen fast noch einmal so viele Personen hinzu, die einen täglichen Hilfebedarf hatten, sowie weitere knapp 1,1 Millionen Personen mit wöchentlichem Hilfebedarf (Schneekloth 2006, S. 64 f.). In Prozent waren 8,9 % der Bevölkerung in Privathaushalten in der Altersgruppe 75 bis 84 Jahre pflegebedürftig, weitere 17,7 % vorrangig hilfebedürftig (Schneekloth 2006, S. 64 f.). Das Robert Koch-Institut ging in einer Publikation des Jahres 2015 von altersgruppenübergreifend insgesamt etwa 4,5 Millionen hilfebedürftigen Personen aus (Wetzstein u. a. 2015, S. 2).

Da »viele chronische Erkrankungen, gesundheitlichen Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen [...] im höheren Lebensalter vermehrt« auftreten (vgl. zusammenfassend RKI 2017a, S. 83), nimmt in der Lebensphase zwischen 65 und 80 Jahren auch die Wahrscheinlichkeit allmählich zu, hilfe- oder pflegebedürftig zu werden. Gleichzeitig ist dieses Risiko sozial ungleich strukturiert: Sowohl Daten der GEDA-Studien des RKI als auch Daten des SOEP zeigen, »dass gesundheitliche Beeinträchtigungen und Beschwerden auch in dieser späten Lebensphase [im Alter von 65 Jahren und mehr] unter Personen aus sozial benachteiligten Gruppen stärker verbreitet sind als unter Personen aus vergleichsweise bessergestellten Bevölkerungsgruppen« (ebd., S. 84). Nach der aktuellen Pflegestatistik für das Jahr 2015 lag der Anteil der Pflegebedürftigen in der Altersgruppe von 65 bis unter 70 Jahren bei 3,2 % (Männer: 3,3 %; Frauen: 3,0 %), in der Altersgruppe von 70 bis unter 75 Jahren bei 5,4 % (Männer: 5,4 %; Frauen: 5,4 %) und in der Altersgruppe von 75 bis unter 80 Jahren bei 9,9 % (Männer: 9,1 %; Frauen: 10,5 %) (vgl. Statisti-

sches Bundesamt 2017m, S. 9). Insgesamt waren 773.496 Menschen im Alter von 65 bis unter 80 Jahren, d. h. knapp 6,2 % der Altersgruppe pflegebedürftig (ebd.; eigene Berechnungen). Die 65- bis unter 80-Jährigen stellten damit etwas mehr als ein Viertel (27,0 %) aller Pflegebedürftigen.

Die Verteilung der Pflegebedürftigen nach Altersgruppen und Pflegestufen (vgl. Tabelle 68) im Jahr 2015 zeigt, dass in der jüngsten Altersgruppe (65 bis 70 Jahre) in allen Pflegestufen der Anteil der pflegebedürftigen Männer über dem der pflegebedürftigen Frauen lag. Auch in absoluten Zahlen waren in der Altersgruppe der 65- bis unter 70-Jährigen mehr Männer als Frauen pflegebedürftig (mit Ausnahme von Pflegestufe I). Je höher die Altersgruppe, desto größer ist die absolute Zahl der pflegebedürftigen Frauen. Hinsichtlich des Anteils an der Gesamtbevölkerung nach Alter und Geschlecht ist das Bild weniger eindeutig.

» 05.2 Versorgung bei Pflegebedürftigkeit

Bei der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen unter Rückgriff auf Leistungen der Pflegeversicherung sind vier Arten von Pflegearrangements zu unterscheiden: die Pflege nur durch Angehörige bzw. Bekannte (Pflegegeld), die Versorgung durch ambulante Pflegedienste (Sachleistungen), Mischformen daraus (Kombinationsleistungen) sowie die stationäre Pflege in Pflegeheimen. Pflegegemeinschaften werden je nach Landesrecht und Versorgungsvertrag entweder der ambulanten Pflege mit Sachleistungen oder der stationären Versorgung zugeordnet. In den letzten Jahren ist – wenngleich von einem geringen Ausgangsniveau –

Ambulant versorgte Pflegebedürftige

	65 bis unter 70 Jahre		70 bis unter 75 Jahre		75 bis unter 80 Jahre		65 bis unter 80 Jahre	
	Absolut	%	Absolut	%	Absolut	%	Absolut	%
Männer	53.426	49,3	77.502	46,8	133.661	42,0	264.589	44,7
Frauen	54.855	50,7	88.110	53,2	184.598	58,0	327.563	55,3
Gesamt	108.281	100,0	165.612	100,0	318.259	100,0	592.152	100,0

» Tab. 69: Pflegebedürftige mit Pflegegeld, ambulanten Pflegeleistungen oder Kombinationsleistung nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015 (absolut und in Prozent der jeweiligen Altersgruppe). Quelle: Statistisches Bundesamt in: www.gbe-bund.de; Datenbasis: Pflegestatistik 2015 – Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen: Grunddaten, Personalbestand, Pflegebedürftige, Empfänger und Empfängerinnen von Pflegegeldleistungen; Darstellung verändert.

die Inanspruchnahme von teilstationären Pflegeleistungen etwas gewachsen. Solche Leistungen – überwiegend der Tagespflege – werden jedoch meist zusätzlich zu Pflegegeld oder ambulanten Sachleistungen genutzt. Auch die Zahl derer, die Kurzzeit- und Verhinderungspflege in Anspruch nehmen, ist in den vergangenen Jahren gestiegen (vgl. BMG 2016, S 127).

Dass Pflegebedürftigkeit in der hier betrachteten Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen insgesamt noch deutlich seltener vorkommt als im höheren Alter, spiegelt sich in dem Anteil wider, den

die Altersgruppe an allen Pflegebedürftigen hat. So stellten die 65- bis unter 80-Jährigen im Jahr 2015 mit 28,5 % nur etwas mehr als ein Viertel aller ambulant – d. h. über Pflegegeld, ambulante Pflegeeinrichtungen oder eine Kombination aus beidem – versorgten Pflegebedürftigen (www.gbe-bund.de; eigene Berechnungen). Von diesen waren 55,3 % weiblichen und 44,7 % männlichen Geschlechts (ebd.; vgl. Tabelle 69). An den Bewohnerinnen und Bewohnern vollstationärer Pflegeeinrichtungen hatte die Altersgruppe von 65 bis unter 80 Jahren im Jahr 2015 einen Anteil von gut einem Viertel

Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen

Vollstationär versorgte Pflegebedürftige	65 bis unter 70 Jahre		70 bis unter 75 Jahre		75 bis unter 80 Jahre		65 bis unter 80 Jahre	
	Absolut	%	Absolut	%	Absolut	%	Absolut	%
Männer	69.006	54,3	99.749	45,6	172.154	37,1	340.909	42,1
Frauen	67.970	45,7	114.678	54,4	249.939	62,9	432.587	57,9
Gesamt	136.976	100,0	214.427	100,0	422.093	100,0	773.496	100,0

» Tab. 70: Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015 (absolut und in Prozent der jeweiligen Altersgruppe). Quelle: Statistisches Bundesamt in: www.gbe-bund.de; Datenbasis: Pflegestatistik 2015 – Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen: Grunddaten, Personalbestand, Pflegebedürftige, Empfänger und Empfängerinnen von Pflegegeldleistungen; Darstellung verändert.

Pflegebedürftige je 100.000 EW

Alter	Geschlecht	Pflege- bedürftige insgesamt	Pflegegeld	Ambulante Pflege einschließlich Kombileistungen	Vollstationäre Pflege	Nachrichtlich*: Teilstationäre Pflege
65 bis unter 70 Jahre	Gesamt	3.162	1.833	666	662	72
	Männer	3.317	1.941	627	749	80
	Frauen	3.019	1.734	703	582	65
70 bis unter 75 Jahre	Gesamt	5.402	2.930	1.242	1.230	159
	Männer	5.400	3.085	1.111	1.204	167
	Frauen	5.405	2.796	1.357	1.252	152
75 bis unter 80 Jahre	Gesamt	9.885	4.921	2.532	2.432	345
	Männer	9.110	4.923	2.150	2.037	343
	Frauen	10.501	4.920	2.836	2.745	346

* Personen, die teilstationäre Leistungen erhalten, »erhalten in der Regel parallel auch Pflegegeld und/oder ambulante Sachleistungen und sind somit bereits bei der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen berücksichtigt« (vgl. www.gbe-bund.de, Anmerkungen zur Tabelle Pflegebedürftige, Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Art der Betreuung).

» Tab. 71: Pflegebedürftige je 100.000 EW nach Alter, Geschlecht und Art der Betreuung im Jahr 2015. Quelle: Statistisches Bundesamt in: www.gbe-bund.de; Datenbasis: Pflegestatistik 2015 sowie Fortschreibung des Bevölkerungsstandes; Darstellung verändert.

(28,5 %), wobei Frauen 57,9 % und Männer 42,1 % stellten (ebd.; Tabelle 70). Mehr als zwei Drittel (69 %) der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner waren 80 Jahre und älter (vgl. Tabelle 129 auf Seite 222).

Tabelle 71 zeigt die Verteilung der 65- bis unter 80-jährigen Pflegebedürftigen je 100.000 EW auf die großen Leistungsbereiche. Tabelle 73 gibt die absoluten Zahlen sowie die Anteile der Pflegebedürftigen je Versorgungsform an. Danach lebten im Jahr 2015 mehr als drei Viertel der pflegebedürftigen Menschen der hier betrachteten Altersgruppe in Privathaushalten (76,6 %): Etwa die Hälfte (52,5 %) der Pflegebedürftigen im Alter von 65 bis unter 80 Jahren erhielt ausschließlich Pflegegeld und organisierte sich über das eigene private Umfeld Unterstützung, z. B. über Angehörige oder Bekannte

(vgl. Tabelle 72). Etwa ein Viertel (24,1 %) nahm – teilweise in Kombination mit dem Bezug eines dann verminderten Pflegegeldes – Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch (ebd.). Zwischen einem Fünftel und einem Viertel aller Pflegebedürftigen in der Altersgruppe von 65 bis unter 80 Jahre wurden in vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgt (ebd.).

Soziodemografische Merkmale

In einer Studie von TNS Infratest Sozialforschung wurde die Situation von Pflegebedürftigen in Privathaushalten und vollstationären Pflegeeinrichtungen u. a. mittels repräsentativer Stichprobenerhebungen in Privathaushalten sowie bei Pflegeanbietern untersucht (vgl. TNS Infratest Sozialforschung 2017).

Pflegebedürftige nach Alter, Geschlecht und Art der Versorgung

	Pflege- bedürftige insgesamt	Erhalt von Pflegegeld		Ambulante Pflege einschließlich Kombinationsleistungen		Vollstationäre Pflege		Nachrichtlich*: Teilstationäre Pflege	
		Absolut	Anteil an gesamt	Absolut	Anteil an gesamt	Absolut	Anteil an gesamt	Absolut	Anteil an gesamt
65 bis 70 Jahre	Gesamt	136.976	58,0 %	28.867	21,1 %	28.695	20,9 %	3.126	2,3 %
	Männer	69.006	58,5 %	13.048	18,9 %	15.580	22,6 %	1.673	2,4 %
	Frauen	67.970	57,4 %	15.819	23,3 %	13.115	19,3 %	1.453	2,1 %
70 bis 75 Jahre	Gesamt	214.427	54,2 %	49.308	23,0 %	48.815	22,8 %	6.316	2,9 %
	Männer	99.749	57,1 %	20.518	20,6 %	22.247	22,3 %	3.093	3,1 %
	Frauen	114.678	51,7 %	28.790	25,1 %	26.568	23,2 %	3.223	2,8 %
75 bis 80 Jahre	Gesamt	422.093	49,8 %	108.131	25,6 %	103.834	24,6 %	14.730	3,5 %
	Männer	172.154	54,0 %	40.631	23,6 %	38.493	22,4 %	6.490	3,8 %
	Frauen	249.939	46,9 %	67.500	27,0 %	65.341	26,1 %	8.240	3,3 %
65 bis 80 Jahre	Gesamt	773.496	52,5 %	186.306	24,1 %	181.344	23,4 %	24.172	3,1 %
	Männer	340.909	55,9 %	74.197	21,8 %	76.320	22,4 %	11.256	3,3 %
	Frauen	432.587	49,8 %	112.109	25,9 %	105.024	24,3 %	12.916	3,0 %

* Personen, die teilstationäre Leistungen erhalten, >erhalten in der Regel parallel auch Pflegegeld und/oder ambulante Sachleistungen und sind somit bereits bei der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen berücksichtigt<< (vgl. www.gbe-bund.de, Anmerkungen zur Tabelle Pflegebedürftige, Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Art der Betreuung).

>> Tab. 72: Pflegebedürftige nach Alter, Geschlecht und Art der Versorgung im Jahr 2015 (absolut und in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt in: www.gbe-bund.de; Datenbasis: Pflegestatistik 2015; Darstellung verändert.

Hieraus liegen unter anderem soziodemografische Daten für die Altersgruppe der 60- bis unter 80-jährigen Pflegebedürftigen in Privathaushalten vor. Im Jahr 2016 waren danach 16 % der im Privathaushalt lebenden Pflegebedürftigen kinderlos (altersgruppenübergreifend: 24 %), 34 % lebten allein (altersgruppenübergreifend: ebenfalls 34 %) (ebd., S. 42–43).

Etwa 10 % der in die Studie einbezogenen Pflegebedürftigen in Privathaushalten hatten einen Migrationshintergrund (ebd., S. 161). Da von diesen wiederum nur ein Fünftel – und damit deutlich weniger als in der altersgleichen Bevölkerung mit Migrationshintergrund insgesamt – eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit hatte, vermuten die Autorinnen und Autoren, dass die in die Studie einbezogenen älteren Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund in Privathaushalten überwiegend Spätaussiedlerinnen und -siedler mit deutscher Staatsangehörigkeit waren (ebd.).

Die im Privathaushalt lebenden Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI mit Migrationshintergrund, die im Rahmen der TNS-Studie befragt wurden, lebten im Jahr 2016 seltener allein als jene ohne Migrationshintergrund und waren durchschnittlich jünger (vgl. TNS Infratest Sozialforschung 2017, S. 162 sowie Tabelle 130 auf Seite 222): Während bei den häuslich versorgten Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund knapp ein Viertel alleine lebte, waren es bei denjenigen ohne Migrationshintergrund mehr als ein Drittel. Gut ein Viertel (27 %) der pflegebedürftigen Migrantinnen und Migranten war 60 bis unter 80 Jahre alt; von den Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund gehörte knapp ein Drittel (32 %) dieser Altersgruppe an (ebd., S. 161).

Bezogen auf alle Altersgruppen war bei etwa einem Drittel der im Privathaushalt lebenden Pflegebedürftigen mit einer Pflegestufe I bis III »neben dem Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung zusätzlich ein erheblicher Bedarf

an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung anerkannt« worden; bei den Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I traf dies auf etwa ein Viertel zu, bei denjenigen mit Pflegestufe II und III auf je etwa 44 % (ebd., S. 37).

In vollstationären Pflegeeinrichtungen waren laut den Ergebnissen der TNS-Studie über alle Altersgruppen hinweg im Jahr 2016 etwa zwei Drittel der Pflegebedürftigen verwitwet (58 %) oder geschieden (8 %); 17 % waren verheiratet und ein fast ebenso großer Anteil ledig (16 %); zwei Drittel hatten eins oder mehrere Kinder (ebd., S. 241).

Hochaltrigkeit und weibliches Geschlecht der Bewohnerschaft in stationären Pflegeeinrichtungen sowie das hohe Vorkommen demenzieller Erkrankungen stellen ebenso wie die mutmaßlich zukünftig noch heterogener werdenden individuellen Bedürfnisse der Älteren spezifische Anforderungen an die Gestaltung des »Settings Pflegeheim«. Zu beachten sind beispielsweise genderspezifische Bedürfnisse in den Bereichen Körperpflege (vgl. Heusinger und Dummert 2016) oder Freizeitaktivitäten sowie Herausforderungen, die sich für das Zusammenleben von Bewohnerinnen und Bewohnern mit und ohne demenzielle Erkrankungen für alle Beteiligten ergeben (vgl. Heusinger u. a. 2015).

Der Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung erfolgt zumeist aus dem Privathaushalt: Altersgruppenübergreifend lebte die Hälfte der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner, zu denen in der TNS-Erhebung Angaben gemacht wurden, vor dem Umzug in das Pflegeheim alleine im eigenen Privathaushalt. Weitere 30 % kamen aus Mehrpersonenhaushalten (TNS Infratest Sozialforschung 2017, S. 244). Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner mit einer niedrigen Pflegestufe kamen besonders häufig aus Ein-Personen-Haushalten (ebd.). »Alleinleben im Alter« stellt, so die Einschätzung der Autorinnen und Autoren der Studie, »im Falle einer auftretenden Pflegebedürftigkeit einen erheblichen

Risikofaktor für einen Heimübergang dar« (ebd.; vgl. auch Kapitel 03 auf Seite 52).

Häufig geht dem Umzug in die vollstationäre Pflegeeinrichtung ein Krankenhausaufenthalt voraus: Nach den Ergebnissen der erwähnten TNS-Studie wechselte mehr als ein Viertel (27 %) der in die Studie einbezogenen Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner aus einem Akutkrankenhaus in die Heimeinrichtung; aus Fachkliniken kamen weitere 9 % (TNS Infratest Sozialforschung, S. 245). Ähnlichen Erhebungen in früheren Jahren zufolge waren 1994 noch 19 % vom Akutkrankenhaus in die vollstationäre Pflege gewechselt, 2005 traf dies auf 24 % zu (vgl. ebd., S. 244 unter Bezug auf Schneekloth und Wahl 2009). Angesichts dieser Zahlen sowie mit Blick auf das Prinzip »ambulant vor stationär« sollte geprüft werden, ob die Möglichkeiten ambulanter Versorgung beim Übergang aus dem Krankenhaus in sich anschließende Pflegearrangements ausgeschöpft werden und wie sich diese ggf. erweitern lassen.

Ein Ziel der Einführung der Pflegeversicherung war es, das hohe Armutsrisiko, das zuvor mit dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit verbunden war, zu mindern: Altersgruppenübergreifend ging zwischen 1999 und 2010 der Anteil von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern, der auf Sozialhilfe angewiesen war, in Westdeutschland leicht (von 44 % auf 40 %) und in Ostdeutschland deutlich (von 40 % auf 26 %) zurück (vgl. TNS Infratest Sozialforschung 2017, S. 247). Er verblieb damit allerdings über dem Niveau der Bevölkerung insgesamt (vgl. ebd.). Bei der Erhebung im Jahr 2016 lag der Anteil der auf Leistungen des Sozialamtes oder der Kriegssopferfürsorge angewiesenen Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner mit bundesweit durchschnittlich 40 % (41 % in Westdeutschland und 32 % in Ostdeutschland) wieder über dem Anteil des Jahres 2010 (ebd.; vgl. auch Abbildung 48 auf Seite 232).

Regionale Unterschiede im Versorgungsmix

Die Wahrscheinlichkeit, mit der pflegebedürftige Menschen in Deutschland im Privathaushalt oder in einer vollstationären Pflegeeinrichtung leben, hängt indes nicht nur mit dem Geschlecht, dem Alter und dem Umfang der Pflegebedürftigkeit zusammen. Auch regional bestehen große Unterschiede im Versorgungsmix, wie der Ländervergleich der Pflegestatistik zeigt (vgl. Tabelle 73).

Die höchste Pflegeheimquote findet sich in Schleswig-Holstein, wo im Jahr 2015 fast ein Drittel (32,9 %) der Pflegebedürftigen im Alter von 65- bis unter 80 Jahren dauerhaft in vollstationären Pflegeeinrichtungen lebten, während der Anteil von Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern sowie durch ambulante Dienste versorgten Pflegebedürftigen unter dem bundesweiten Durchschnitt lag (vgl. Tabelle 74). Am geringsten fiel die Pflegeheimquote im Land Brandenburg aus. Dort wurden im Jahr 2015 nur 17,6 % der Pflegebedürftigen in Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege versorgt. Dafür war der Anteil derjenigen, die teilstationäre Pflegeleistungen in Anspruch nahmen, bundesweit der höchste; auch der Anteil von Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern sowie ambulant versorgter Pflegebedürftiger war überdurchschnittlich hoch. Die höchsten Anteile ambulanter Versorgungsformen fanden sich in Hessen, wo mehr 58,0 % ausschließlich Pflegegeld erhielten und ein weiteres Fünftel (22,0 %) der Pflegebedürftigen Leistungen von ambulanten Diensten in Anspruch nahm. Rothgang u. a. (2016, S. 17) weisen darauf hin, dass nicht zuletzt diese regionalen Unterschiede die Notwendigkeit verdeutlichen, Versorgungsstrukturen kleinräumig und ausgehend vom Vorhandenen weiterzuentwickeln.

Pflegebedürftige nach Region und Versorgungsform (in Prozent)

65- bis unter 80-Jährige	Ambulante Pflege*	Vollstationäre Dauerpflege	Pflegegeld	Nachrichtlich**: teilstationäre Pflege
Deutschland	24,1	22,6	52,5	3,1
Baden-Württemberg	19,8	24,1	55,0	3,2
Bayern	24,3	26,6	48,2	2,7
Berlin	27,3	19,6	52,9	2,8
Brandenburg	27,9	17,6	54,1	4,8
Bremen	27,1	21,4	50,3	3,5
Hamburg	31,6	23,5	43,9	3,0
Hessen	22,0	19,1	58,0	1,9
Mecklenburg-Vorpommern	26,9	19,5	53,3	4,3
Niedersachsen	24,8	23,6	50,6	4,3
Nordrhein-Westfalen	23,3	21,0	55,0	2,7
Rheinland-Pfalz	21,8	22,4	54,9	2,1
Saarland	20,4	24,0	54,5	2,6
Sachsen	29,6	23,9	45,8	3,9
Sachsen-Anhalt	25,5	23,4	50,2	3,1
Schleswig-Holstein	21,8	32,1	44,7	3,2
Thüringen	24,0	21,1	54,5	3,6

* Stichtag für die Erhebung bei den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ist der 15.12., für die Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger der 31.12.; Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld, die zusätzlich auch ambulante Pflege erhalten, werden bei der ambulanten Pflege berücksichtigt.

** Personen, die teilstationäre Leistungen erhalten, »erhalten in der Regel parallel auch Pflegegeld und/oder ambulante Sachleistungen und sind somit bereits bei der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen berücksichtigt« (vgl. www.gbe-bund.de, Anmerkungen zur Tabelle Pflegebedürftige, Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Art der Betreuung).

» Tab. 73: Pflegebedürftige im Alter von 65 bis unter 80 Jahren nach Region und Versorgungsform im Jahr 2015 (in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt in: www.gbe-bund.de; Datenbasis: Pflegestatistik 2015, Pflegebedürftige in absoluten Zahlen sowie Fortschreibung des Bevölkerungsstandes; eigene Berechnung der Prozentanteile; die jeweils höchsten und niedrigsten Werte sind fett hervorgehoben.

» 05.3 Pflegende

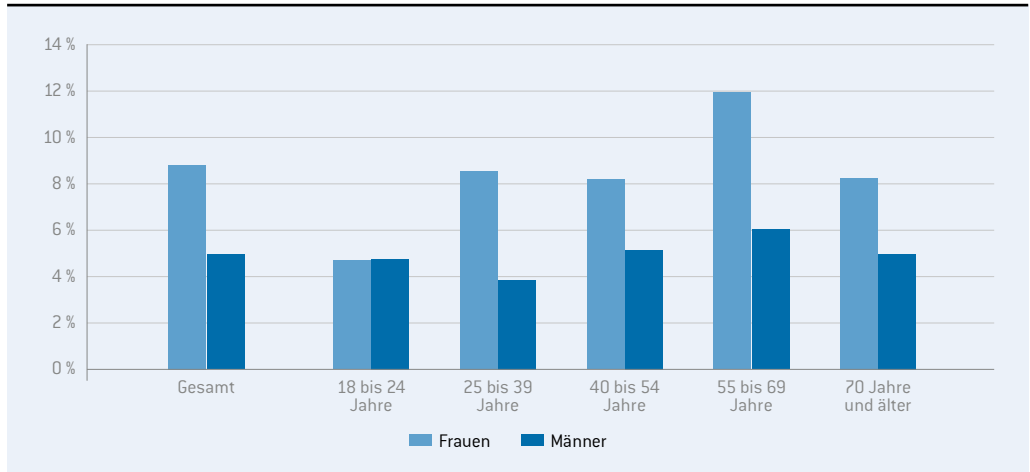
Die meisten älteren Menschen möchten möglichst lange in ihrer eigenen Wohnung oder ihrem eigenen Haus, zumindest aber in einem Privathaushalt und nicht in einem Pflegeheim leben. Die erforderliche Unterstützung und Pflege bei zunehmender Hilfebedürftigkeit erhalten die meisten aus ihrem persönlichen Umfeld. Wie oben dargelegt, greift die Pflegeversicherung erst bei einem Mindestmaß an pflegerischem Unterstützungsbedarf. Informelle Hilfen und Unterstützung, die privat Pflegende bei Personen leisten, deren Pflegebedarf nicht ausreicht, um Leistungen aus der Pflegeversicherung zu erhalten, werden in der Pflegestatistik nicht abgebildet. Letztere ermöglicht Hinweise auf den Umfang informeller Pflege ausschließlich aus Rückschlüssen über den Anteil der Pflegebedürftigen, die Pflegegeld erhalten – entweder ausschließlich oder zusammen mit Leistungen ambulanter Pflegedienste (vgl. Kapitel 05.2 auf Seite 127). Im Jahr 2015 erhielten insgesamt 1,4 Millionen pflegebedürftige Personen Pflegegeld, hinzu kamen rund 692.000 Pflegebedürftige, die zusammen oder allein durch ambulante Pflegedienste versorgt wurden – wobei »[i]n der Regel [...] hierbei auch zusätzliche Pflege durch Angehörige erfolgt« (Statistisches Bundesamt 2017m, S. 9 und S. 31). Damit wurden im Jahr 2015 knapp 2,1 Millionen Menschen von informellen Pflegepersonen unterstützt.

Nach den Ergebnissen des DEAS erbrachten im Jahr 2014 bundesweit 20,1 % der 55 bis 69-Jährigen und 13,3 % der 70- bis 85-Jährigen regelmäßig privat oder ehrenamtlich Hilfe- oder Pflegeleistungen für Personen aufgrund von deren schlechtem Gesundheitszustand (vgl. Tabelle 131 auf Seite 223 sowie Kapitel 03 auf Seite 52).

Nach der Repräsentativerhebung zu Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten durch TNS Infratest ist der Anteil der Hauptpflegepersonen im Alter von 65 bis 79 Jahren von 2010 bis 2016 von 24 % auf 28 % angestiegen (vgl. TNS Infratest Sozialforschung 2017, S. 57). Die häusliche Pflege ist noch immer weitgehend Frauensache; doch der Anteil der Männer an den Hauptpflegepersonen ist seit 2010 weiter gestiegen und lag im Jahr 2016 bei 31 % (ebd.). Ein Viertel der Hauptpflegepersonen waren Töchter, fast jede fünfte Hauptpflegeperson war die (Ehe-)Partnerin der pflegebedürftigen Person; 14 % waren (Ehe-)Partner und 11 % Söhne (ebd., S. 56). Zwar lebt nach wie vor die Mehrheit der Hauptpflegepersonen im selben Haushalt wie die Person, die Unterstützung erhält (2016: 61 %); der Anteil der Pflegearrangements, in denen ein getrennter Haushalt besteht, ist jedoch weiter angestiegen, von 34 % im Jahr 2010 auf 39 % im Jahr 2016 (ebd.).

Wie Abbildung 24 anhand der Verteilung der Anteile der Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht für das Jahr 2012 zeigt, weist die Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen den größten Anteil von pflegenden Angehörigen auf; aber auch bei den ab 70-Jährigen pflegen etwa 8 % der Frauen und 5 % der Männer. Auch wenn es sich um Querschnittsdaten handelt, ist anzunehmen, dass Frauen stärker verteilt über ihr ganzes Leben pflegen: zunächst die eigenen (Schwieger-)Eltern, dann den oder die eigenen (Ehe-)Partner. Hingegen wird bei den Männern die Pflege von An- und Zugehörigen insgesamt seltener zum Thema, zudem durchschnittlich später im Lebenslauf. Wann im Lebenslauf pflegerische und unterstützende Aufgaben für andere übernommen werden, ist von Bedeutung dafür, welche Belastungen – auch gesundheitlicher Art – für die pflegenden Personen entstehen können, ebenso dafür, auf welche Ressourcen sie zurückgreifen können (vgl. Kapitel 05.4 auf Seite 135).

Anteil pflegender Angehöriger



» Abb. 24: Anteil pflegender Angehöriger nach Alter und Geschlecht (in Prozent). Quelle: Wetzstein u. a. 2015, S. 3; Datenbasis: RKI, GEDA 2012; Darstellung verändert.

» 05.4 Belastungen und Ressourcen in der informellen Pflege

Daten zu Belastungen und Ressourcen von informellen Pflegepersonen liegen nur selten altersgruppendifferenziert vor. Dies bringt Verzerrungen mit sich, weil sich die Lebensumstände und sozialen Netzwerke sowohl der pflegebedürftigen als auch der pflegenden Personen in verschiedenen Altersphasen unterscheiden. Beispielsweise sind Fragen der Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit für die hier betrachtete Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen kaum mehr ein Thema; dafür treten jedoch gehäuft eigene gesundheitliche Einschränkungen auf, die von Bedeutung für die Möglichkeiten sind, informell pflegerische Unterstützung zu leisten. Aktivitäten der Prävention und Gesundheits-

förderung sollten solche spezifischen Belastungs- und Ressourcenkonstellationen berücksichtigen. Mangels detaillierter Daten werden im Folgenden in der Regel dennoch altersgruppenübergreifende Ergebnisse berichtet.

Die Betreuung und Pflege von Personen, deren Pflegebedarf so umfangreich ist, dass er auch einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung begründen würde, erfordern viel Zeit: Geht man von der Repräsentativerhebung von TNS Infratest Sozialforschung unter Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten aus, so hat sich die Zeit, die pflegende An- und Zugehörige im Durchschnitt aller Pflegebedürftigen und Pflegestufen pro Woche für die Pflege aufwenden, seit 1998 zwar deutlich vermindert, sie lag im Jahr 2016 jedoch noch immer bei 30,1 Stunden pro Woche und entsprach damit in etwa dem zeitlichen Umfang einer Teilzeitstelle von 75 % (vgl. TNS Infra-

Zeitaufwand der Hauptpflegeperson für die Pflege (Stunden pro Woche)

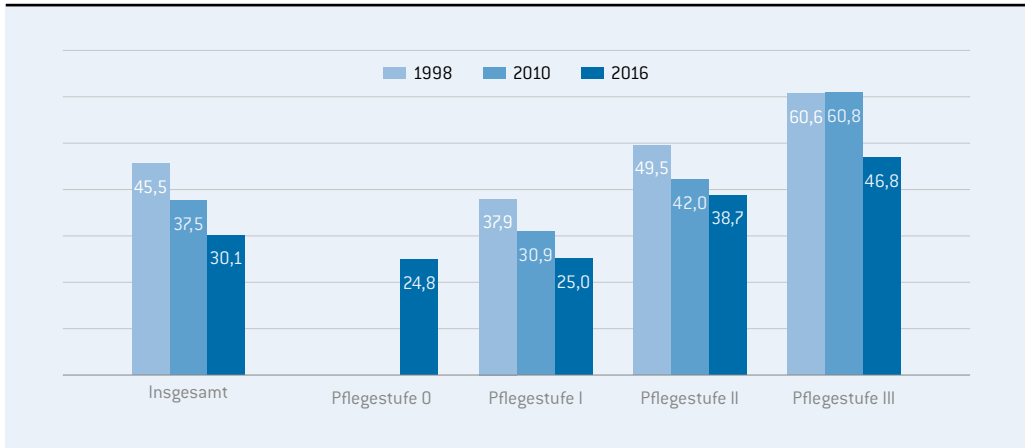


Abb. 25: Zeitaufwand der Hauptpflegeperson für die Pflege 1998, 2010 und 2016 (Stunden pro Woche). Quelle: TNS Infratest Sozialforschung 2017, S. 62; Datenbasis: TNS Infratest Sozialforschung 2016, Studie zur Wirkung des PNG und PSG I, Basis: Repräsentativerhebung, Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten; Darstellung verändert.

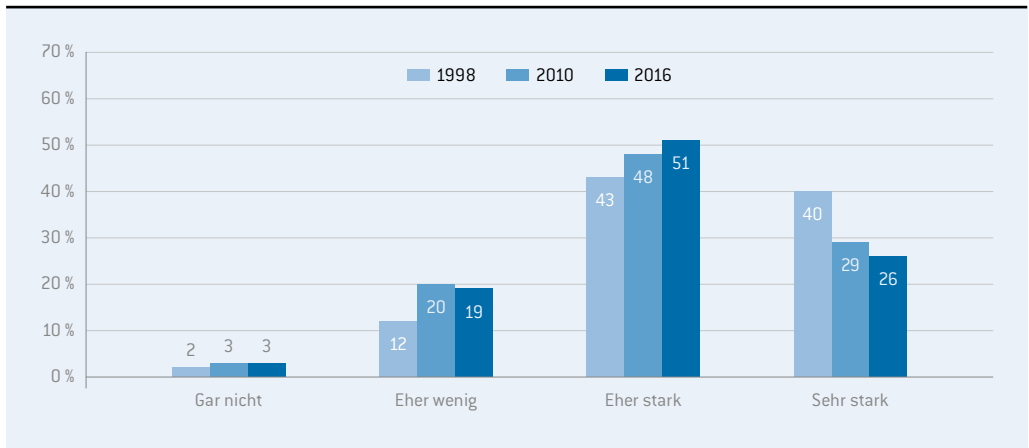
test Sozialforschung 2017, S. 62 sowie Abbildung 25]. Bei Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe I fielen durchschnittlich 25 Stunden Unterstützung pro Woche an (ebd.). Bei Pflegebedürftigen mit Pflegestufe II entsprach die wöchentliche aufgewendete Zeit mit durchschnittlich 38,7 Stunden in etwa einer Vollzeitstelle (ebd.); bei Pflegestufe III lag der Zeitaufwand für die Pflege bei 46,8 Stunden. Wurde die informelle Pflege ausschließlich von einer einzigen Person übernommen, wendete diese über alle Pflegestufen hinweg durchschnittlich 34 Stunden pro Woche auf und damit fast vier Stunden mehr als die durchschnittliche Hauptpflegeperson (vgl. ebd.).

Quer über alle Altersgruppen hinweg fühlten sich 2016 die Hälfte der Pflegenden »eher stark« und ein Viertel »sehr stark« belastet (vgl. Abbildung 26). Eine geringe Belastung erlebte demnach nur ein Fünftel der Pflegenden. Es bleibt allerdings offen, was genau die Befragten unter »Belastung« verstanden (TNS Infratest Sozialforschung 2017,

S. 62]. Zu beachten ist bei der Interpretation solcher Ergebnisse der Hinweis von Gräbel und Behrndt (2016, S. 174), dass »eine einzige direkte Frage ›Fühlen Sie sich durch die häusliche Pflege belastet‹ den Effekt der ›Ja-sage-Tendenz‹ stark begünstigt«, woraus »mehr Fälle mit hoher Belastung« entstünden, »als in Wirklichkeit vorhanden« seien (ebd.).

Schwinger u. a. (2016, S. 196–198) zeigen anhand von Ergebnissen einer für die Merkmale Pflegestufe und Demenz der Gepflegten repräsentativen telefonischen Befragung von rund 1.000 Hauptpflegepersonen im Jahr 2015, dass die erlebte Belastung höher ist, wenn die pflegebedürftige und die pflegende Person im selben Haushalt leben, wenn eine Demenz vorliegt oder bei einem sehr umfangreichen Pflegebedarf (Pflegestufe III). Auch die materiellen Rahmenbedingungen sind von Bedeutung für das Belastungserleben von informellen Pflegepersonen: So ging in der Befragung ein monatliches Haushaltseinkommen von weniger als

Erlebte Belastung der Hauptpflegeperson



» Abb. 26: Belastung der Hauptpflegepersonen 1998, 2010 und 2016 (in Prozent; fehlend zu 100 % = keine Angabe). Quelle: TNS Infratest Sozialforschung 2017, S. 63; Datenbasis: TNS Infratest Sozialforschung 2016, Studie zur Wirkung des PNG und PSG I, Basis: Repräsentativerhebung, Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten; Darstellung verändert.

2.000 Euro monatlich mit einer subjektiv höheren Belastung einher als sie Pflegenden mit einem Haushaltseinkommen von 3.000 Euro und mehr erlebten (ebd., S. 198). Als entlastend wirkte sich außerdem die Hilfe einer weiteren Person bei der Pflege aus (ebd.). Die Autorinnen und Autoren der Studie weisen allerdings darauf hin, dass das von ihnen verwendete Rechenmodell insgesamt nur einen sehr geringen Anteil der Unterschiede in der subjektiv erlebten Belastung erklärt und »wesentliche Erklärungsfaktoren [...] offensichtlich durch das Modell nicht erfasst« werden (ebd., S. 196–197).

Beim Blick auf die Belastungen ist zudem zu beachten, dass informelle Pflegepersonen auch positive Konsequenzen des Umgangs mit einer häuslichen Pflegesituation beschreiben. Gräbel und Behrndt nennen unter Bezug auf Baronet beispielsweise, »das Gefühl [...], gebraucht zu werden, [...] die Erkenntnis neue Fähigkeiten erworben zu haben sowie die Bestätigung, eine Verpflichtung

erfüllen zu können, wie auch die Freude darüber, mit der pflegebedürftigen Person zusammen sein zu können« (Gräbel und Behrndt 2016, S. 173).

Nichtsdestotrotz ist die subjektiv erlebte Belastung Pflegenden auch von gesundheitlicher Relevanz: Gräbel und Behrndt (ebd., S. 117) berichten unter Bezug auf unterschiedliche Studien einen Einfluss der subjektiv erlebten Belastung auf die körperliche wie auch psychische Gesundheit pflegender Angehöriger, wobei die eigene gesundheitliche Beeinträchtigung mit der erlebten Belastung zunimmt. Auch das in verschiedenen Studien gefundene grundsätzlich geringere Sterberisiko informeller Pflegepersonen ist bei subjektiv belasteten Personen – insbesondere solchen, die sich stark belastet fühlen – nicht anzutreffen (ebd.).

Zudem deuten die Ergebnisse darauf hin, dass das Risiko, dass Pflegepersonen gegenüber den von ihnen begleiteten Pflegebedürftigen gewalttätig werden, mit zunehmender subjektiver Belastung wächst (ebd., S. 118; vgl. hierzu auch Eggert u. a.

2018, S. 4–5, S. 8 sowie Nachtmann 2016, S. 52–57]. Neben zeitlicher Belastung und Stress empfinden gelten als Risikofaktoren⁵⁵ für Gewalt gegen Pflegebedürftige in privaten Pflegearrangements darüber hinaus auf Seiten der Pflegeperson aggressive Gedanken und Gefühle, eine verringerte psychische Gesundheit und ein männliches Geschlecht der Pflegeperson. Ein erhöhtes Risiko besteht außerdem in Pflegebeziehungen, in denen die pflegebedürftige Person sich aggressiv verhält, demenziell erkrankt ist, körperliche Einschränkungen aufweist und noch eher zu den jüngeren Alten zählt. Auch wenige soziale Kontakte können das Risiko für Gewalt in der informellen Pflegebeziehung erhöhen (vgl. Eggert u. a. 2018, S. 4–5 sowie Nachtmann 2016, S. 57, beide unter Verweis auf eine Vielzahl von Studien).

Wetzstein u. a. berichten unter Bezug auf die 2012 durchgeführte GEDA-Erhebung, dass bei Frauen, die täglich mindestens zwei Stunden informelle Pflege leisteten, »auch nach Kontrolle sozialer Unterschiede [...] verglichen mit nicht pflegenden Frauen die Wahrscheinlichkeit, keinen Sport zu treiben, zu rauchen und keine Zahnvorsorge in Anspruch zu nehmen, signifikant erhöht« war (2015, S. 7).

Kummer u. a. (2010) erhoben im Rahmen einer qualitativen Studie Bedarfe pflegender Angehöriger im Alter ab 50 Jahren. Auf Basis von vier leitfadengestützten Interviews sowie einer Fokusgruppe mit acht pflegenden Teilnehmenden identifizierten sie auf Seiten der Pflegenden Wünsche nach Zeit für sich, Wertschätzung, Informationen über Unterstützungs- und Hilfsmöglichkeiten, sowie den Wunsch, aktiv zu bleiben, insbesondere der Möglichkeit, sportliche Aktivität (z. B. Gymnastikgruppe), die sie bereits ausüben, trotz der Pflegesituation

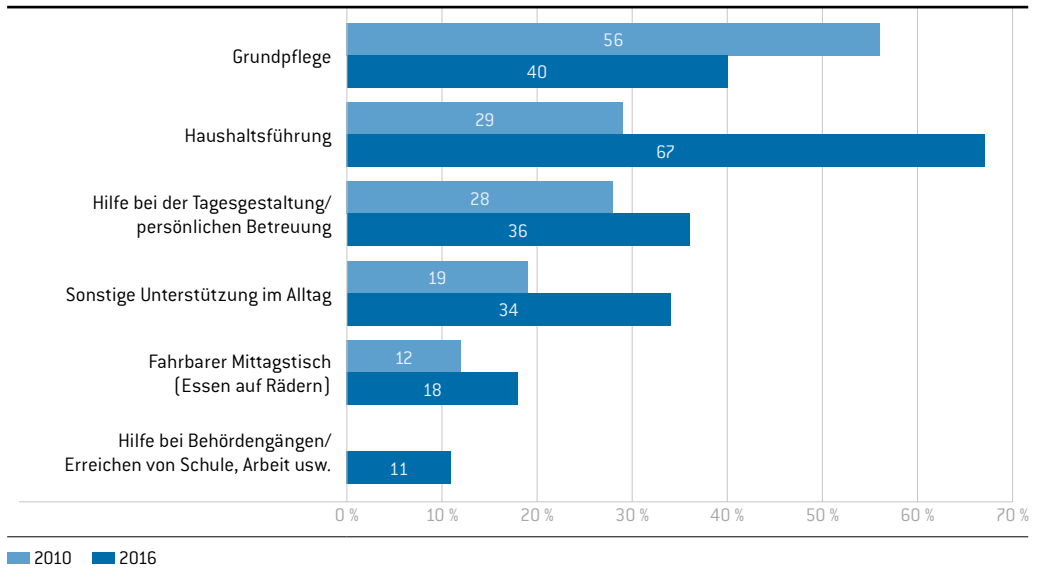
weiter regelmäßig zu besuchen (ebd., S. 91). Konkret genannt wurden »Angebote wie Gymnastik, progressive Muskelentspannung, fernöstliche Entspannungstechniken (z. B. Yoga, Reiki), Nordic Walking und Schwimmen«, »Tanzen und Chor« sowie »gemeinsame [...] Unternehmungen mit dem Pflegebedürftigen« (ebd., S. 92).

In manchen Regionen wurden auf lokaler Ebene mittlerweile Angebote zur Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige geschaffen. Immer wieder machen Anbieter jedoch die Erfahrung, dass diese weniger nachgefragt werden als erwartet. Eggert u. a. (2018) befragten im Jahr 2017 in einer für die deutschsprachige Bevölkerung repräsentativen Stichprobe der Bevölkerung ab dem 50. Lebensjahr 1.042 Personen, von denen 42 % eine nahestehende Person pflegten, oder dies bereits getan hatten. Obgleich fast drei Viertel der pflegenden Angehörigen ihr »Interesse für Informationen über die Vorbeugung von Gesundheitsproblemen« als eher groß oder sehr groß einschätzten, gab beinahe eine ebenso große Gruppe an, »dass mit ihnen kein Beratungsgespräch durch einen ambulanten Dienst oder einen Pflegeberater stattgefunden habe, wie sie eigenen gesundheitlichen Problemen im Kontext der Pflegesituation vorbeugen könnten« (ebd., S. 12). Von denjenigen, die sich an entsprechende Beratungsgespräche erinnern konnten, gaben 53 % an, »die angesprochenen Maßnahmen teilweise oder gar nicht umgesetzt zu haben« (ebd.); ein gutes Drittel gab hierfür als häufigsten Grund »fehlende Zeit« an (ebd.).

Das für Pflegende in jüngeren Jahrgängen drängende Problem der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege betrifft Pflegende im Alter von 65 bis unter 80 Jahren nur noch zu einem sehr geringen Teil (vgl. Kapitel 02 auf Seite 12). Von Bedeutung

55 Zu beachten ist, dass die berichteten Zusammenhänge statistischer und nicht unbedingt kausaler Natur sind.

Selbst finanzierte professionelle Hilfen



» Abb. 27: Selbst finanzierte professionelle Hilfen, Anteil derjenigen, die Hilfen mindestens einmal pro Woche in Anspruch nehmen im Jahr 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen möglich, in Prozent). Quelle: TNS Infratest Sozialforschung 2017, S. 158; Datenbasis: TNS Infratest Sozialforschung 2016, Studie zur Wirkung des PNG und PSG I, Repräsentativerhebung, Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter von 16 bis 64 Jahren von Pflegebedürftigen in Privathaushalten; Darstellung verändert.

ist es eher für die Pflegebedürftigen der Altersgruppe, insofern als deren potenzielle Pflegepersonen von Vereinbarkeitsproblemen betroffen sein können. Laut einer durch die Hans-Böckler-Stiftung geförderten Befragung von 1.024 Haushalten – AOK-Versicherte und Versicherte von Ersatzkassen – im Jahr 2015/2016 wurden altersgruppenübergreifend in rund 12 % der Haushalte Angebote der Tagespflege genutzt (vgl. Hielscher u. a. 2017, S. 66). In Pflegearrangements, in denen die Hauptpflegeperson nicht berufstätig war, wurden in 10 % der Fälle Leistungen der Tagespflege in Anspruch genommen (vgl. ebd., S. 53).

» 05.5 Pflegekosten

Zusätzlich zu den Leistungen der Pflegeversicherung zahlten in Privathaushalten lebende, pflegebedürftige Menschen aller Altersgruppen im Jahr 2016 durchschnittlich 269 Euro im Monat selbst für pflegebedingte Kosten (gegenüber durchschnittlich 247 Euro im Jahr 2010), und zwar umso mehr, je höher die Pflegestufe war (TNS Infratest Sozialforschung 2017, S. 158–159). Auch wenn dieser Anstieg die allgemeine Preissteigerung nicht übertrifft (ebd.), sollte der Frage nachgegangen werden, welche Folgen dies für pflegebedürftige Ältere hat, die

nur über geringe finanzielle Ressourcen verfügen und solche Summen nicht aufbringen können.

Nach den Befragungsergebnissen der Evaluationsstudie von TNS Infratest Sozialforschung kaufte im Jahr 2016 mehr als ein Viertel der Pflegebedürftigen (28 %) weitere, über die gegebenenfalls vorhandenen Sachleistungen der Pflegeversicherung hinaus gehende Unterstützungsleistungen hinzu (ebd., S. 156). Zwei Drittel (67 %) zahlten privat für Leistungen der Haushaltsführung, 40 % kauften Leistungen der Grundpflege ein (vgl. Abbildung 27). Je ein Drittel zahlte selbst für Hilfen bei der persönlichen Betreuung sowie für sonstige Unterstützung im Alltag, 18 % für »Essen auf Rädern« und mehr als jede bzw. jeder zehnte Pflegebedürftige wandte private Mittel für Hilfe bei Behördengängen und andere Leistungen auf (TNS Infratest Sozialforschung 2017, S. 157–158).

Die oben erwähnte Haushaltsbefragung von Hielscher u. a. (2017) ergab, dass für Leistungen der Tagespflege durch die befragten Haushalte altersgruppenübergreifend monatlich durchschnittlich 300 Euro privat aufgewendet wurden (vgl. ebd., S. 66).

Die Kosten für einen Platz in einer stationären Pflegeeinrichtung setzen sich aus den Pflegekosten, den sogenannten Hotelkosten für Verpflegung und Unterbringung sowie nicht öffentlich geförderten Investitionskosten zusammen. Der dafür durchschnittlich zusätzlich zu den Leistungen der Pflegeversicherung aufzubringende Eigenanteil ist in den vergangenen Jahren stets gestiegen und liegt um ein Mehrfaches über den durchschnittlichen privaten Ausgaben für die Versorgung im Privathaushalt.⁵⁶ Für das Jahr 2013 geben Rothgang u.

a. durchschnittliche monatliche Eigenanteile von 1.448 Euro (Pflegestufe I) bis 1.873 Euro (Pflegestufe III) an (2015, S. 111). Die regionalen Unterschiede, z. B. zwischen den westdeutschen und ostdeutschen Bundesländern, sind groß – bei in der Tendenz niedrigeren Entgelten in Ostdeutschland (vgl. Rothgang u. a. 2016, S. 113–114).

Nach Schätzungen von Rothgang u. a. wird insgesamt etwas mehr als ein Drittel der Ausgaben für Pflegebedürftigkeit privat finanziert (vgl. ebd. 2016, S. 135–136 sowie Tabelle 132 auf Seite 223). Die Privataufwendungen für den stationären Bereich sind dabei mit geschätzt fast 12 Milliarden Euro etwas mehr als doppelt so hoch wie für den häuslichen Bereich, die bei etwa 5,3 Milliarden Euro liegen (ebd.). Zwar ist die Soziale Pflegeversicherung »der wichtigste Kostenträger, der auch damit das gesamte Pflegesicherungssystem prägt. Gleichzeitig deckt die Soziale Pflegeversicherung aber nur gut die Hälfte der entstehenden Kosten und Ausgaben [...] ab« (ebd.). Soziale und Private Pflegeversicherung zusammen kommen nach den Berechnungen von Rothgang u. a. (2016) für knapp 56 % der Ausgaben für Pflegebedürftigkeit auf. Hierin »zeigt sich«, so die Autorinnen und Autoren, »der Teilversicherungscharakter der Pflegeversicherung sehr deutlich« (ebd., S. 136; vgl. auch Fußnote 2 auf Seite 9).

» 05.6 Fazit

Das Thema Hilfe- und Pflegedarf betrifft Menschen im Alter von 65 bis unter 80 Jahren sowohl als

56 Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurde festgelegt, dass der – einrichtungsspezifisch zu bestimmende – Eigenanteil in der stationären pflegerischen Versorgung für alle Bewohnerinnen und Bewohner einer Einrichtung identisch zu sein hat, unabhängig von deren individuellem Pflegegrad.

potenziell Hilfe- und Pflegebedürftige als auch mögliche Helfende und Pflegendе – einige auch gleichzeitig und/oder nacheinander in beiden Rollen. Die Lebensphase zwischen 65 und 80 Jahren ist von einer allmählichen Zunahme der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet. Insgesamt waren im Jahr 2015 etwa eine dreiviertel Millionen Menschen im Alter von 65 bis unter 80 Jahren der Altersgruppe pflegebedürftig; je nach Schätzung hatten zusätzlich etwa zweimal so viele einen regelmäßigen Hilfebedarf.

Rund drei Viertel der Pflegebedürftigen im Alter von 65 bis unter 80 Jahren wohnten im Jahr 2015 in Privathaushalten und wurden dort überwiegend von Angehörigen und anderen nahestehenden Personen versorgt. Je älter die Pflegebedürftigen sind, desto wahrscheinlicher sind zusätzlich ambulante Pflegedienste an ihrer Pflege beteiligt. Für die Pflege in Privathaushalten wandten Pflegebedürftige zusätzlich zu den Leistungen der Pflegeversicherung durchschnittlich 269 Euro im Monat auf.

In den stationären Pflegeeinrichtungen leben nach wie vor mehr Frauen als Männer. Allein zu leben erhöht bei eintretender Pflegebedürftigkeit die Wahrscheinlichkeit eines Umzugs in ein Pflegeheim. Häufiger als noch vor zehn Jahren findet dieser Umzug nach einem Krankenhausaufenthalt statt.

Die häusliche Pflege ist noch immer weitgehend Frauensache, aber die Männer holen auf und zwar sowohl als pflegende Ehemänner als auch als pflegende Söhne. Die durchschnittliche wöchentliche Pflegezeit lag im Jahr 2016 bei 30,1 Stunden in

der Woche. Drei Viertel der Pflegenden fühlten sich »eher« oder »sehr stark« belastet und sind entsprechend gesundheitlich gefährdet. Zu beachten sind jedoch auch positive Erfahrungen, die mit der Übernahme von pflegerischen Unterstützungsaufgaben einhergehen können, wie die Erkenntnis, neue Fähigkeiten erworben zu haben, oder die Freude darüber, mit der pflegebedürftigen Person zusammen sein zu können.

Die Zahlen verdeutlichen die Bedeutung einer Verminderung der objektiven Belastungen sowohl für Pflegebedürftige als auch für die sie unterstützenden Personen in häuslichen, aber auch in stationären Pflegearrangements. Aus der Perspektive einer verhältnisorientierten Prävention und Gesundheitsförderung scheinen hier – neben der dringend notwendigen, ausreichenden ökonomischen Absicherung der von Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen wie auch ihrer Helferinnen und Helfer – Maßnahmen vielversprechend, die an den Rahmenbedingungen für die jeweilige Pflegekonstellation ansetzen, wie z. B. niedrigschwellige Antragsverfahren, ein unkomplizierter Zugang zu Hilfsmitteln, Flexibilität in der Leistungserbringung, die Schaffung barrierefreier öffentlicher und privater Infrastruktur sowie der Abbau gesellschaftlicher Ausgrenzung und Stigmatisierung von Menschen mit Beeinträchtigungen. Gleichzeitig gilt es, den Blick auch darauf zu richten, was Pflegebedürftige und Pflegepersonen im Miteinander positiv erleben und die Möglichkeiten hierfür zu stärken – im häuslichen Setting ebenso wie in der Lebenswelt »Pflegeeinrichtung«.

06

» Freizeit und gesellschaftliche Teilhabe

Im Alter eröffnen sich für viele Menschen neue Perspektiven und Möglichkeitsstrukturen. Mit dem Wegfall der Unterscheidung von Freizeit und Arbeitszeit nach dem Eintritt in den Ruhestand entsteht neuer Freiraum. Diesen Freiraum nach den eigenen Wünschen gestalten zu können, stellt für viele ältere Menschen sowohl ein Bedürfnis als auch eine Herausforderung dar. Die Freizeitgestaltung erfordert neben Zeit und Geld oft Eigeninitiative, Mobilität, Informiertheit und nicht zuletzt auch die entsprechenden Angebote. Wichtige, die Lebensqualität steigernde Aspekte wie Gesundheit, soziale Teilhabe oder Bildung werden durch eine aktive Alltagsgestaltung gefördert und fördern ihrerseits das aktive Leben im Alter. Darüber hinaus beeinflussen Einstellungen und Werte, aber auch Diskriminierungserfahrungen aufgrund des Lebensalters sowie das Selbstwertgefühl die Handlungsspielräume und -potenziale der älteren Menschen.

» 06.1 Lebenszufriedenheit, Werte und Religion

Wie zufrieden sind die älteren Menschen? Wie erleben sie das Alter und das Älterwerden? Welche Werte vertreten sie, und welche Bedeutung hat Religion? Im Folgenden wird zunächst das subjektive Wohlbefinden dargestellt, anschließend werden Erfahrungen von Altersdiskriminierung, Altersbilder sowie Werte und die religiöse Bindung berichtet.

Der Deutsche Alterssurvey ermittelt das subjektive Wohlbefinden der älteren Menschen und bietet Antwortvorgaben an wie »Ich bin zufrieden mit meinem Leben«, »In den meisten Dingen ist mein Leben ideal« oder »Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas anders machen«. Diese Vorgaben können mit fünf alterna-

Allgemeine Lebenszufriedenheit (in Prozent)

Altersgruppe	Eher niedrige Lebenszufriedenheit	Mittlere Lebenszufriedenheit	Eher hohe Lebenszufriedenheit
40 bis 54 Jahre	6,5	35,1	58,4
55 bis 69 Jahre	4,7	35,1	60,2
70 bis 85 Jahre	1,7	35,4	63,0

» Tab. 74: Allgemeine Lebenszufriedenheit (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.

tiven Einschätzungen bewertet werden, von »trifft genau zu« bis »trifft gar nicht zu« (Wolff und Tesch-Römer 2017, S. 174). Für das Jahr 2014 wurde auf dieser Basis deutschlandweit bei 60,2 % der 55- bis 69-Jährigen und 63 % der 70- bis 85-Jährigen eine eher hohe Lebenszufriedenheit ermittelt (vgl. Tabelle 74). Nur jeweils 4,7 % der jüngeren und 1,7 % der älteren Altersgruppen gaben Antworten, aus denen auf eine eher niedrige Lebenszufriedenheit geschlossen werden kann (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen). Dabei zeigen sich sowohl regionale und bildungsabhängige als auch geschlechtsspezifische Unterschiede: Befragte mit niedriger Bildung berichteten seltener eine eher oder sehr hohe Lebenszufriedenheit (Wolff und Tesch-Römer 2017, S. 177). Außerdem gaben Personen in den westdeutschen Bundesländern in beiden Altersgruppen eine höhere Zufriedenheit an (61 % bzw. 63,8 %) als Befragte in den ostdeutschen Bundesländern (57,1 % bzw. 56,8 %) (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen; Wolff und Tesch-Römer 2017, S. 178). Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich nur in der Altersgruppe

der 70- bis 85-Jährigen. Hier ist der Anteil der Frauen, die eine hohe Lebenszufriedenheit angaben, etwas geringer als jener der Männer (Wolff und Tesch-Römer 2017, S. 176).

Im DEAS wird auch nach der erlebten Altersdiskriminierung gefragt⁵⁷. Hier zeigt sich ein heterogenes Bild: Zwischen 8 % und 16 % der Befragten 55- bis 85-Jährigen gaben an, innerhalb der vergangenen 12 Monate aufgrund ihres Alters benachteiligt worden zu sein (vgl. Tabelle 75). Frauen berichteten insgesamt häufiger von Benachteiligungen als Männer (Beyer u. a. 2017, S. 337).

Bei Betrachtung einzelner Bereiche, in denen eine Benachteiligung erlebt wurde, zeigt sich, dass die ältere Altersgruppe Diskriminierung am häufigsten im Bereich der medizinischen Versorgung berichtete. So schilderten 7,2 % der 70- bis 85-Jährigen Diskriminierungen in diesem Bereich und damit ein höherer Anteil als in den jüngeren Altersgruppen (55 bis 69 Jahre: 4,2 %) (Beyer u. a. 2017, S. 337). Auch bei Behördengängen, im Alltag und bei Geldangelegenheiten gab ein größerer Anteil der 70- bis 85-Jährigen Diskriminierungen an

⁵⁷ Gefragt wurde: »Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten erlebt, dass Sie wegen Ihres Alters durch andere benachteiligt wurden oder gegenüber anderen Menschen schlechter gestellt wurden?« Bei Zustimmung wurde ergänzend nach fünf Lebensbereichen gefragt, in denen Diskriminierung erlebt wurde (Arbeit/Arbeitsuche, Behördengänge, medizinische Versorgung, Alltag, Geldangelegenheiten) (Beyer u. a. 2017, S. 332 f.).

Erlebte Altersdiskriminierung (in Prozent)

Region	Geschlecht	55 bis 69 Jahre	70 bis 85 Jahre
Deutschland	Männer	11,3	8,7
	Frauen	13,2	14,6
Westdeutschland	Männer	10,6	8,8
	Frauen	13,9	15,7
Ostdeutschland	Männer	14,4	8,6
	Frauen	9,8	10,6

>> Tab. 75: Erlebte Altersdiskriminierung (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.

als in jüngeren Altersgruppen. Niedriggebildete nahmen häufiger Altersdiskriminierung in der medizinischen Versorgung und bei Behördengängen wahr als Personen mit mittlerer und hoher (formaler) Bildung (ebd.).

Auch individuelle Altersbilder, also Vorstellungen über das Alter, das Älterwerden und ältere Menschen, beeinflussen das Erleben des eigenen Älterwerdens. Im DEAS wird zwischen Altersbildern unterschieden, die verlustorientiert sind (»das Alter geht mit körperlichen Einbußen einher«) oder gewinnorientiert (»das Alter geht mit persönlicher Weiterentwicklung einher«) (Beyer u. a. 2017, S. 332). Unter den 70- bis 85-Jährigen war der Anteil der Personen, deren Altersbild gewinnorientiert ist, mit 59 % geringer als bei den 55- bis 69-Jährigen (73,6 %) oder 40- bis 54-Jährigen (81,5 %) (Mahne u. a. 2017, Tab. 22.2). Je niedriger der Bildungsstatus ist, desto seltener wurden gewinnorientierte Altersbilder angegeben (Beyer u. a. 2017, S. 334). Zwischen Männern und Frauen zeigen sich dagegen keine bedeutsamen Unterschiede (ebd., S. 333).

Auffällig ist, dass sich Altersbilder älterer Menschen in den letzten Jahrzehnten verändert haben: Der Anteil der Befragten mit einem

gewinnorientierten Altersbild ist im Vergleich zu früheren Erhebungen in den Altersgruppen ab 72 Jahren angestiegen, nicht jedoch in den jüngeren Altersgruppen (ebd., S. 336). Beyer u. a. vermuten, dass dazu eine positivere Darstellung des Alter(n)s in der Gesellschaft (Medien, Politik) beigetragen hatte (ebd., S. 341; BMFSFJ 2010). Berücksichtigt werden muss allerdings auch, dass die Möglichkeiten für persönliche Weiterentwicklung ungleich verteilt sind (ebd.). So wirken sich unterschiedliche finanzielle Ressourcen auf viele Lebensbereiche wie die Freizeitgestaltung, das Wohnen und die medizinische Versorgung aus und beeinflussen – direkt oder indirekt – die Aussicht auf persönliche Weiterentwicklung.

Wie gerecht der eigene Anteil an der Verteilung des Wohlstandes empfunden wird, beschreibt der Datenreport des Statistischen Bundesamtes und des WZB auf Basis der Daten der ALLBUS-Studie aus dem Jahr 2014. Dabei wurden die Beteiligten gefragt, ob sie »im Großen und Ganzen ihren >gerechten Anteil< am Wohlstand zu erhalten glauben« (Scheuer 2016, S. 421). Während die westdeutschen Älteren ab 66 Jahren zu 77 % der Meinung waren, einen gerechten oder mehr als den

Konfessionszugehörigkeit (in Prozent)

Konfession	65 Jahre und älter	Alle Altersgruppen
Katholische Kirche	28,9	28,0
Evangelische Kirche und Freikirchen	38,2	30,4
Islamische Religionsgemeinschaften	0,2	2,6
Sonstige Konfessionszugehörigkeit*	2,0	2,5
Keine Konfessionszugehörigkeit	30,6	36,6

* Hierzu zählen Judentum, Buddhismus, Zeugen Jehovas etc.

» Tab. 76: Konfessionszugehörigkeit ab 65 Jahren im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: Vogel und Hameister 2017, S. 240; Lizenz: CC-BY-4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Datenbasis: FWS 2014; eigene Darstellung.

gerechten Anteil erhalten zu haben, sind es bei den ostdeutschen Älteren mit 47 % deutlich weniger. In beiden Gruppen waren die Anteile derjenigen, die ihren eigenen Anteil als gerecht oder mehr als gerecht bezeichnen, gegenüber früheren Erhebungen (1992, 2004) angestiegen, in Ostdeutschland stärker als in Westdeutschland (1992: 24 % im Osten, 64 % im Westen) (ebd., S. 422).

Ein weiteres Thema, das der Datenreport auf der Basis der ALLBUS-Studie referiert, sind Einstellungen zur Rollenverteilung zwischen Mann und Frau (Blohm und Walter 2016, S. 426 ff.). Befragt wurden Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit. Ihnen wurden jeweils drei verschiedene Aussagen zur Rollenverteilung von Mann und Frau⁵⁸ und zur Erwerbstätigkeit von Frauen⁵⁹ vorgelegt. Unterschiede werden im Ergebnis egalitäre (d. h. hinsichtlich einer Gleichstellung von Mann und Frau orientierte) Einstellungen und traditionelle Einstellungen. In den letzten 20 Jahren hat sich der Anteil egalitärer

Einstellungen in allen Altersgruppen vergrößert. Weiterhin ist aber das Frauenbild – ebenfalls in sämtlichen Altersgruppen – in Ostdeutschland stärker an Gleichstellung orientiert als in Westdeutschland, und dieser Unterschied ist in der Altersgruppe 65+ besonders stark ausgeprägt. In Bezug auf Aussagen zur Rollenverteilung zwischen Mann und Frau betrug der Anteil egalitärer Aussagen 46 % bei den westdeutschen und 73 % bei den ostdeutschen Älteren. Hinsichtlich der Aussagen zu den Konsequenzen der Erwerbstätigkeit der Frau äußerten 93 % der Ostdeutschen und 57 % der Westdeutschen egalitäre Einstellungen (ebd., S. 428).

In welchem Umfang sind die älteren Menschen an Kirchen und Glaubensgemeinschaften gebunden? Der Sechste Altenbericht, der 2010 im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erstellt wurde, weist darauf hin, dass die sozialen Dienste der Kirchen und Glaubensgemeinschaften eine traditionell große Rolle bei

58 Z. B.: »Es ist für alle Beteiligten viel besser, wenn der Mann voll im Berufsleben steht und die Frau zu Hause bleibt und sich um den Haushalt und die Kinder kümmert.«

59 Z. B.: »Ein Kleinkind wird sicherlich darunter leiden, wenn seine Mutter berufstätig ist.«

der Unterstützung und Versorgung der älteren Menschen spielen (BMFSFJ 2010, S. 412). Außerdem werde häufig unterschätzt, in welchem Umfang Kirchengemeinden »Gelegenheitsstrukturen« für das zivilgesellschaftliche Engagement der älteren Menschen schaffen. Auch im Freiwilligensurvey zeigt sich, dass sich Menschen mit (v. a. evangelischer oder katholischer) Konfessionszugehörigkeit häufiger freiwillig engagieren als Konfessionslose (Vogel und Hameister 2017, S. 241). 38,2 % der ab 65-Jährigen mit kirchlicher Bindung gehörten im Jahr 2014 evangelischen Kirchengemeinden und 28,9 % der katholischen Kirche an. Mit einem knappen Drittel (30,6 %) war der Anteil der Konfessionslosen geringer als im Durchschnitt aller Altersgruppen (vgl. Tabelle 76). Frauen sind häufiger Mitglieder von Kirchengemeinden als Männer (Vogel und Hameister, S. 241; Simonson u. a. 2017a, Tab. 8-1).

» 06.2 (Pflicht-)freie Zeit: Aktivitäten, Kultur und Vereinsleben

Der Aspekt »Freizeit« beschreibt für die betrachtete Altersgruppe einen ambivalenten Bereich der Lebensgestaltung. Mit dem Übergang in das Rentenalter können die meisten der 65- bis unter 80-Jährigen frei von beruflichen Verpflichtungen über ihre Zeit verfügen. Ältere Menschen erleben ihre Freizeit überwiegend positiv. Im Deutschen Alterssurvey wurde gefragt: »Wie bewerten Sie ihre Freizeitgestaltung?«. Daraufhin beurteilten 71,1 % der 55- bis 69-Jährigen und 76,5 % der 70- bis 85-Jährigen ihre Freizeitgestaltung als »gut« oder »sehr gut«. Nur wenige ältere Menschen bewerteten ihre Freizeit als »schlecht« oder »sehr

schlecht«, unabhängig von ihrem Alter, Geschlecht und ob sie in Ost- oder Westdeutschland leben (Gerostat – Deutsches Zentrum für Altersfragen).

Allerdings sind zahlreiche Freizeitaktivitäten nicht kostenlos, außerdem ist ihre Durchführung abhängig vom Haushaltsbudget. Haushalte, deren Haupteinkommenspersonen zwischen 65 und 79 Jahre alt sind, gaben im Jahr 2013 im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen zwar weniger Geld für Freizeit, Unterhaltung und Kultur aus (65 bis 69 Jahre: 251 Euro/Monat, 70 bis 79 Jahre: 260 Euro/Monat, Durchschnitt aller Altersgruppen: 261 Euro/Monat). Die Ausgaben entsprachen im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen jedoch einem größeren Anteil ihres Haushaltsbudgets, nämlich mindestens 11 % (Durchschnitt 10,7 %) (Kott u. a. 2016a, S. 376).

Bei den Ausgaben für Freizeitaktivitäten standen dem Statistischen Bundesamt zufolge an erster Stelle Freizeit- und Kulturangebote (z. B. für Kino-, Theater-, Zoo- oder Museumsbesuche) sowie Pauschalreisen (Kott u. a. 2016a, S. 376–377). Bei Personen im Alter ab 65 Jahren entfiel der höchste Anteil des Freizeitbudgets (nämlich zwischen 28 % und 34 %) auf Pauschalreisen, während jüngere Altersgruppen anteilig mehr für Angebote im Freizeit- und Kulturbereich ausgaben (ebd., S. 377).

Auch bei Betrachtung ausgewählter Freizeit Ausgaben zeigten sich Altersunterschiede: 65- bis 79-Jährige gaben weniger Geld für Audio-, Video- und Datenverarbeitungsgeräte sowie Software aus (rund 3 bis 5 % des Budgets) als die jüngeren Altersgruppen, dafür aber mehr für den Bereich »Blumen und Garten« (rund 8 % des Budgets) (Kott u. a. 2016a, S. 376).

Diese Zahlen sollten nicht darüber hinweg täuschen, dass fast 10 % der Rentnerhaushalte mit einem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen von unter 900 Euro auskommen müssen und keinen oder kaum Anteil an dieser Art der Freizeitgestaltung haben (vgl. Kapitel 02 auf Seite 12).

Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung (in Prozent)

Mehrmals in der Woche	60 bis 69 Jahre	70 Jahre und älter	Alle Altersgruppen
Fitness/Sport treiben	47,3	40,4	49,5
Basteln, Heimwerken	23,6	18,4	20,6
Schneidern, Stricken, Häkeln	10,0	11,5	7,3
Ausgehen (Disco, Kneipe)	10,4	8,2	12,8
Theater-/Konzertbesuch	0,6	0,6	0,6
Kinobesuch	0,2	0,2	0,5

» Tab. 77: Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung 2016, nach Altersgruppe (in Prozent). Quelle: ARD-Mediendaten 2016; Datenbasis: ma 2016 Radio II; Darstellung auszugsweise und verändert.

Mit welchen Tätigkeiten verbringen ältere Menschen ihre Freizeit? Die Daten zur Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung im Jahr 2016, die der Fernsehsender ARD auf Grundlage der repräsentativen Daten der Media Analyse 2016 Radio II darstellt, zeigen, dass neben der Mediennutzung Sport, Basteln und Heimwerken eine wichtige Rolle spielen (ARD-Mediadaten 2016). Fast die Hälfte der 60- bis 69-Jährigen trieb mehrmals in der Woche Sport oder Fitness⁶⁰, ein knappes Viertel beschäftigte sich mit Bastelarbeiten oder Heimwerken. Mit zunehmendem Alter nahm der Anteil derjenigen, die diesen Beschäftigungen mehrmals in der Woche nachgingen, ab (vgl. Tabelle 77). Jede bzw. jeder Zehnte beschäftigte sich mehrmals in der Woche mit Handarbeiten wie Schneidern, Stricken oder Häkeln, fast ebenso viele gingen aus, z. B. in die Kneipe, allerdings nur selten in Theater oder Kinos.

Der Datenreport des Statistischen Bundesamtes und des WZB von 2016 berichtet den Zeitaufwand, der für bestimmte Aktivitäten verwendet wird (Kott u. a. 2016a, S. 362). Demzufolge verbrachten die ab

65-Jährigen 96 Minuten pro Woche mit dem Besuch von kulturellen Veranstaltungen, wie Kino, Theater, Museum, Sportveranstaltungen oder für Ausflüge, z. B. in den Zoo, den Zirkus oder einen Vergnügungspark (ebd., S. 370). Hierin unterschieden sie sich nicht auffällig von anderen Altersgruppen, der Durchschnitt liegt bei 100 Minuten pro Woche. Ab 65-Jährige verbrachten mit sechs Stunden und 42 Minuten pro Woche mehr Zeit mit Lesen als andere Altersgruppen (Durchschnitt: 3 Stunden und 46 Minuten). Befragt zu ihrem wöchentlichen Fernsehkonsum gaben sie durchschnittlich an, 18 Stunden und 35 Minuten in der Woche mit dem Anschauen von Fernsehsendungen zu verbringen. Auch das ist ein höherer Wert als in anderen Altersgruppen (Durchschnitt: 14 Stunden und 27 Minuten) (ebd., S. 371).

Auch im Deutschen Alterssurvey wurden Daten zum Besuch kultureller Veranstaltungen erhoben. Hier gaben über drei Viertel (78,4 %) der 55- bis 69-jährigen Befragten und 81,7 % der 70- bis 85-Jährigen an, nie oder seltener als einmal im Monat eine kulturelle

60 Diese Angaben sind etwas höher als die im Deutschen Alterssurvey berichteten, vgl. Kapitel 04.6 auf Seite 97.

Personen ohne Mitgliedschaft in Vereinen, Gruppen oder Organisationen
(in Prozent)

Region	Geschlecht	55 bis 69 Jahre	70 bis 85 Jahre
Deutschland	Männer	33,4	29,4
	Frauen	36,1	38,5
	Insgesamt	34,8	34,4
Westdeutschland	Männer	30,4	25,6
	Frauen	32,5	34,6
	Insgesamt	31,5	30,6
Ostdeutschland	Männer	46,5	44,9
	Frauen	51,6	54,0
	Insgesamt	49,1	50,0

>> Tab. 78: Personen, die kein Mitglied in Vereinen, Gruppen oder Organisationen sind, nach Geschlecht und Alter im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.

Veranstaltung zu besuchen (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen). Unterschieden in Ost- und Westdeutsche zeige sich, dass die Ostdeutschen in geringerem Maße an kulturellen Veranstaltungen teilnahmen – ein Befund, der möglicherweise Hinweise auf die Angebotsstruktur in Ostdeutschland liefert (vgl. Tabelle 133 auf Seite 224).

Mitgliedschaft in Vereinen

Vereine bieten Gelegenheiten zur Freizeitgestaltung und zum sozialen Austausch. Im Deutschen Alterssurvey wurde nach der Mitgliedschaft in Vereinen, Gruppen und Organisationen gefragt. Fast zwei Drittel der 55- bis 85-Jährigen gaben im Jahr 2014 eine Mitgliedschaft an, ein gutes Drittel davon sogar mehrere. Mit Blick auf diejenigen, die kein Mitglied eines Vereins, einer Gruppe oder Organisation sind, zeigte sich, dass Frauen sowohl in Ost- als auch in Westdeutschland seltener als Männer eine Mitgliedschaft angaben (vgl. Tabelle 78). In den höheren

Altersgruppen (70 bis 85 Jahre) war dieser Unterschied noch ausgeprägter. Auffällig waren auch die Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland: Befragte in Ostdeutschland gaben deutlich häufiger keine Mitgliedschaft an.

Bei Betrachtung der Bereiche, in denen eine Vereinsmitgliedschaft besteht, zeige sich, dass ein gutes Drittel der westdeutschen Männer zwischen 55 und 85 Jahren Mitglied in Sportvereinen bzw. geselligen Vereinigungen war. Westdeutsche 55- bis 69-jährige Frauen waren zu einem knappen Drittel Mitglieder in solchen Vereinigungen, in der älteren Altersgruppe waren es 22,3 % (vgl. Tabelle 79). Während in kirchlichen und religiösen Vereinen häufiger Frauen Mitglied waren, waren es in Heimat- und Bürgervereinen, bei Freiwilligen Feuerwehren und in politischen Interessenverbänden häufiger Männer. In Ostdeutschland waren sowohl Frauen als auch Männer insgesamt seltener Mitglieder in Vereinen, Gruppen und Organisationen.

Mitgliedschaftsbereiche (in Prozent)

Verein	Männer 55 bis 69 Jahre		Frauen 55 bis 69 Jahre		Männer 70 bis 85 Jahre		Frauen 70 bis 85 Jahre	
	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West
Sport/gesellige Vereinigungen	21,0	36,5	21,2	32,0	14,9	35,6	13,1	22,3
Wohltätige Organisationen	3,6	9,6	5,4	10,1	4,1	12,5	6,0	11,1
Kirchliche/religiöse Gruppen	2,7	8,7	7,3	14,1	3,6	8,8	6,7	15,0
Heimat-/Bürgervereine, Freiwillige Feuerwehr	7,6	12,4	2,9	6,4	5,8	15,9	3,7	7,3
Verbände, Gewerkschaften, Politische Parteien	10,9	21,9	6,0	11,1	6,6	15,4	4,4	4,1

» Tab. 79: Mitgliedschaftsbereiche in Vereinen, Gruppen oder Organisationen nach Altersgruppen, Geschlecht und Region im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.

Auch im Freiwilligensurvey wurden Vereinsmitgliedschaften erhoben, allerdings wurde hier die Mitgliedschaft in Vereinen oder gemeinnützigen Organisationen erfragt. 46,5 % der ab 65-Jährigen gaben (mindestens) eine Mitgliedschaft an. Weiterhin wurden Mitgliedschaften nach Bildung und

Geschlecht dargestellt (vgl. Tabelle 80). Deutlich ist, dass Menschen mit höherer Bildung häufiger Mitglieder in Vereinen oder gemeinnützigen Organisationen waren als Menschen mit niedriger Bildung. Besonders selten waren Frauen mit niedriger Bildung Mitglied in einem Verein (34,7 %).

Mitgliedschaft in Vereinen oder gemeinnützigen Organisationen (in Prozent)

Bildungsgrad	Männer	Frauen	Gesamt
Niedrige Bildung	48,5	34,7	40,2
Mittlere Bildung	51,5	45,7	47,9
Hohe Bildung	59,2	46,0	53,3
Gesamt	53,4	41,1	46,5

» Tab. 80: Anteile von Personen im Alter von 65 Jahren und mehr, die angeben, Mitglied in einem Verein oder einer gemeinnützigen Organisation zu sein, im Jahr 2014 nach Bildungsstand und Geschlecht (in Prozent). Quelle: Simonson u. a. 2017a, Tabelle 8-3, S. 90; Lizenz: CC-BY-4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Datenbasis: FWS 2014; eigene Darstellung.

» 06.3 Zivilgesellschaftliches Engagement, informelle Unterstützung und Weiterbildung

Zivilgesellschaftliches Engagement und Ehrenamt

In welchem Umfang engagieren sich die älteren Menschen in der und für die Gesellschaft? In den Studien und Untersuchungen, die sich mit dieser Frage befassen, wird dieses Thema mit unterschiedlichen Begriffen beschrieben. Es geht um Ehrenamt, um Teilhabe oder Partizipation und um zivilgesellschaftliches bzw. freiwilliges Engagement.

Eine eindeutige Abgrenzung der Begriffe gegeneinander lässt sich teilweise nur schwer treffen. Die Verwendung eines übergeordneten Begriffs läuft Gefahr, wichtige Teilaspekte zu übersehen. Daher stehen im Folgenden die Begriffe so nebeneinander, wie sie in den entsprechenden Quellen verwendet werden. Eine der umfassendsten aktuellen Quellen ist der Deutsche Freiwilligensurvey, aber auch im Deutschen Alterssurvey werden Daten zum freiwilligen Engagement erhoben.

Der Deutschen Freiwilligensurvey (FWS) erfasst in fünfjährigen Abständen das gesellschaftliche Engagement. Der aktuelle Survey von 2017 verarbeitet Daten von 2014 (Simonson u. a. 2017b) und verwendet eine »weite Definition des freiwilligen Engagements« (Simonson u. a. 2017c, S. 37), die verschiedene Formen des Engagements wie Ehrenamt, Freiwilligenarbeit, Selbsthilfe, selbstorganisierte Aktivitäten und ähnliches umfasst (ebd.). Die Definition beruft sich auf die Enquete-Kommission »Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements«, nach der freiwilliges Engagement dadurch gekennzeichnet ist, dass es nicht auf materiellen Gewinn ausgerichtet ist, im öffentlichen Raum stattfindet, gemeinschaftlich ausgeübt wird, gemeinwohlorientiert und freiwillig ist (ebd., S. 34).

Dem Freiwilligensurvey zufolge engagierten sich im Jahr 2014 in dieser Form 43,7 % der 65- bis 69-Jährigen, 39,9 % der 70- bis 74-Jährigen und noch 26,1 % der ab 75-Jährigen (Durchschnitt aller Altersgruppen: 43,6 %) (Vogel u. a. 2017a, S. 102 und S. 104). In den höheren Altersgruppen muss dabei berücksichtigt werden, dass sich Personen ab 65 Jahren auch aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen weniger zivilgesellschaftlich engagieren: Der Anteil der Engagierten betrug bei den ab 65-Jährigen ohne gesundheitliche

Engagementquote nach Alter im Zeitverlauf (in Prozent)

Altersgruppe	1996	2002	2008	2014
66 bis 71 Jahre	10,0	13,7	20,2	28,1
72 bis 77 Jahre	6,7	8,7	12,4	18,4
78 bis 83 Jahre	2,1	2,9	9,0	13,4
Durchschnitt Gesamtbevölkerung	11,7	13,3	18,2	22,2

» Tab. 81: Engagementquote nach Alter im Zeitverlauf (in Prozent). Quelle: Wetzel und Simonson, 2017, S. 86; Lizenz CC BY 2.5, <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>; Datenbasis: DEAS 1996, 2002, 2008, 2014; eigene Darstellung.

Einschränkungen 44 % und lag damit leicht über dem Durchschnitt der Bevölkerung (Müller und Tesch-Römer 2017, S. 474). Immerhin noch 32,5 % derjenigen, die etwas eingeschränkt waren und mit 18,3 % fast jede und jeder Fünfte derjenigen, die starke gesundheitliche Einschränkungen berichteten, waren zivilgesellschaftlich engagiert (ebd.).

Im Deutschen Alterssurvey (DEAS) gilt als freiwilliges Engagement die Ausübung einer Funktion oder eines Ehrenamtes in einer Gruppe oder Organisation (Wetzel und Simonson 2017, S. 84 f.). Auch wenn durch diese, im Vergleich zum Freiwilligensurvey engere Definition die Gesamtzahlen Engagierter niedriger sind, sind viele Ergebnisse vergleichbar. Im DEAS wird auch die zeitliche Entwicklung des freiwilligen Engagements erhoben. Hier zeigt sich, dass in allen betrachteten Altersgruppen die Engagementquote kontinuierlich gestiegen ist. Der Anteil der engagierten 66- bis 77-Jährigen hat sich im Jahr 2014 verglichen mit dem Jahr 1996 nahezu verdreifacht. Jener der 78- bis 83-Jährigen ist 2014 sogar sechsmal höher als 1996 (vgl. Tabelle 81) (Wetzel und Simonson 2017, S. 86).

Das Ausmaß des freiwilligen Engagements unterscheidet sich erheblich zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen (vgl. Tabelle 82): So engagieren sich Frauen in den Altersgruppen ab 50 Jahren seltener als Männer (Vogel u. a. 2017a, S. 105). Dieser Unterschied lässt sich u. a. damit erklären, dass Frauen die Hauptverantwortung für den Haushalt tragen und den größten Teil der hier anfallenden Arbeiten erledigen. Frauen übernehmen zudem häufiger Sorgetätigkeiten etwa im Bereich der Kinderbetreuung oder der Pflege (vgl. Kapitel 05 auf Seite 124), sowohl für Angehörige als auch außerhalb der eigenen Familie. Gefragt nach den Gründen, die sie am Engagement hindern, gaben (nicht-engagierte) Frauen aller Altersgruppen dann auch häufiger familiäre Gründe an als (nicht-engagierte) Männer (Vogel u. a. 2017b, S. 643).

Menschen ab 65 Jahren, die mit Partnern und ggf. Kindern zusammenleben, engagierten sich zu einem größeren Anteil als Alleinlebende (Simonson und Hameister 2017, S. 454). In Westdeutschland nahm zivilgesellschaftliches Engagement eine größere Rolle ein als in Ostdeutschland (Kausmann und Simonson 2017, S. 581). Unterschiede zwischen städtischem und ländlichem Raum waren dagegen in der Altersgruppe der ab 65-Jährigen gering ausgeprägt (Hameister und Tesch-Römer 2017, S. 559). Menschen ohne Migrationshintergrund engagierten sich zu einem höheren Anteil als Menschen mit Migrationshintergrund (Simonson u. a. 2017a, Tabellenanhang 23-3a).

Nicht zuletzt hängt freiwilliges Engagement von den verfügbaren Ressourcen ab. Deutlich wurde der Einfluss der Bildung (Vogel u. a. 2017a, S. 105) und des Einkommens (Simonson und Hameister 2017, S. 456). Je höher die Bildung und je positiver die Einschätzung des eigenen Einkommens war, desto wahrscheinlicher war freiwilliges Engagement (vgl. Tabelle 82).

Außerdem zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem sozialen Zusammenhalt im Wohnumfeld und dem freiwilligen Engagement: Je höher der Zusammenhalt in der unmittelbaren Nachbarschaft ist, umso wahrscheinlicher ist es, sich zu engagieren. Dies gilt für Frauen und Männer gleichermaßen (Huxhold und Hameister 2017, S. 512). Ob sich Menschen freiwillig engagieren, hängt zudem stark von den Gelegenheitsstrukturen ab, z. B. von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und vorhandenen sozialen Netzwerken (zusammenfassend Wetzel und Simonson 2017, S. 82) oder Angeboten.

Warum engagieren sich Menschen freiwillig? Der Freiwilligensurvey fragte nach den Motiven für ehrenamtliches Engagement, die sich bei den ab 65-Jährigen zum Teil von denen anderer Altersgruppen unterschieden (vgl. Tabelle 83). Das zentrale Motiv für freiwilliges Engagement war jedoch,

Anteile freiwillig Engagierter ab 65 Jahren nach soziodemografischen Merkmalen (in Prozent)

Gesamt		34,0
Geschlecht	Frauen	29,7
	Männer	39,6
Haushaltsgröße	Einpersonenhaushalt	27,0
	Mit Partner	39,8
	Mit Partner und Kind	37,6
Region	Ostdeutschland	28,9
	Westdeutschland	35,5
Siedlungstyp	Ländlicher Raum	33,0
	Städtischer Raum	35,4
Bildung	Niedrig	23,7
	Mittel	35,1
	Hoch	46,4
Einschätzung der finanziellen Situation	Sehr gut	39,9
	Gut	37,3
	Mittel	31,1
	Eher schlecht	27,4
	Sehr schlecht	17,7
Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund	26,2
	Ohne Migrationshintergrund	34,9

>> Tab. 82: Anteile freiwillig Engagierter nach soziodemografischen Merkmalen im Alter von 65 Jahren und mehr im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: Simonson u. a. 2017a, S. 315; Simonson u. a. 2017b, S. 102, S. 105, S. 454, S. 456, S. 581, S. 559; Lizenz: CC-BY-4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Datenbasis: FWS 2014; eigene Darstellung.

wie in allen Altersgruppen, der Spaß daran. Etwas häufiger als in den jüngeren Altersgruppen gaben die ab 65-Jährigen an, dass es ihnen wichtig ist, mit anderen Generationen zusammenzukommen, während Motive wie »Qualifikation erwerben« und »Beruflich vorankommen« erwartungsgemäß von

geringerer Bedeutung waren als für jüngere Altersgruppen. Auch das Motiv »Dazuverdienen« wurde seltener genannt (Müller u. a. 2017, S. 430).

In welchen Bereichen engagieren sich die älteren Menschen? Der Freiwilligensurvey bildet das Engagement älterer Frauen und Männer ab 65

Motive für Engagement (in Prozent)

Motiv für freiwilliges Engagement	65 Jahre und älter	Alle Altersgruppen
Spaß haben	93,7	93,9
Mit anderen Menschen zusammenkommen	86,7	82,0
Gesellschaft mitgestalten	81,6	81,0
Mit anderen Generationen zusammenkommen	85,7	80,1
Qualifikation erwerben	29,8	51,5
Ansehen und Einfluss gewinnen	30,1	31,6
Beruflich vorankommen	5,5	24,9
Dazuverdienen	3,2	7,2

» Tab. 83: Angaben der freiwillig Engagierten zu den Motiven für ihr Engagement im Jahr 2014 nach Alter (Anteil »Stimme voll und ganz zu« und »stimme eher zu« in Prozent). Quelle: Müller u. a. 2017, S. 427 und S. 430; Lizenz: CC-BY-4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Datenbasis: FWS 2014; eigene Darstellung.

Jahren in 14 unterschiedlichen Bereichen ab (vgl. Abbildung 28). Neben demografischen Effekten und Kohorteneffekten wirken sich auch zeitgeschichtliche Einflüsse, z. B. Öffentlichkeitskampagnen und politische Bewegungen auf die Bevorzugung bestimmter Engagementbereiche aus.

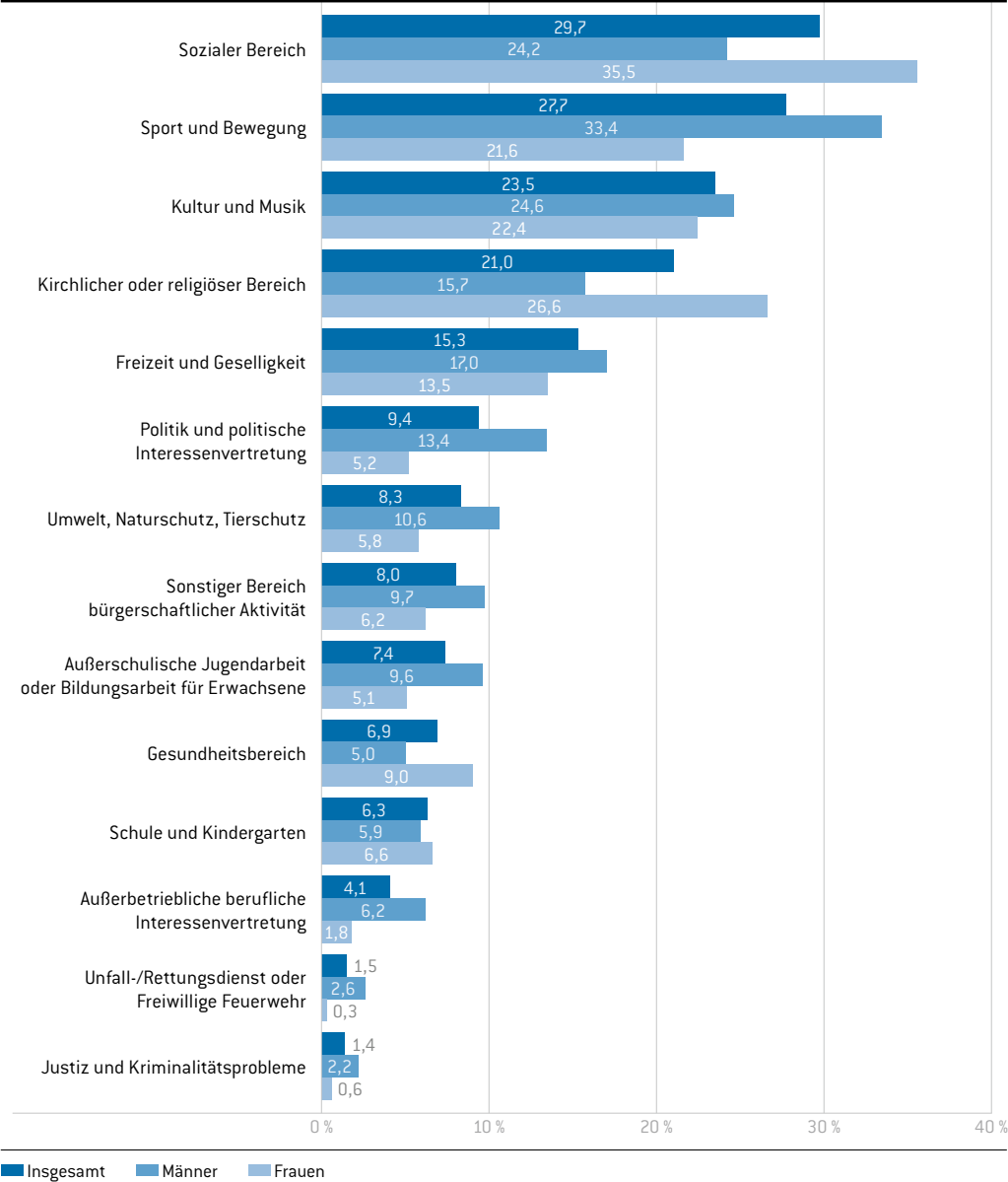
Sehr viel häufiger als andere Altersgruppen engagierten sich ab 65-Jährige im Jahr 2014 für ältere Menschen. Auch beim Engagement für Menschen mit Behinderungen, finanziell oder sozial schlechter gestellte Personen und für Frauen war diese Altersgruppe aktiver als jüngere (Hagen und Simonson 2017, S. 324). Seltener als andere Altersgruppen engagierten sich ab 65-Jährige für Kinder und Jugendliche (ebd.).

In welchen organisatorischen Zusammenhängen engagierten sich ältere Menschen? Im Freiwilligen-

survey 2017 wird der organisatorische Rahmen, in dem sich ältere Menschen engagieren, beschrieben (Simonson und Vogel 2017a, S. 531). Rund die Hälfte der ab 65-Jährigen engagierte sich freiwillig in Vereinen oder Verbänden (49,4 %). Über Kirchen oder religiöse Vereinigungen waren 17,9 %⁶¹ der ab 65-Jährigen aktiv, bei den Jüngeren lag dieser Anteil nur bei rund 12 %. Kirchen und religiöse Vereinigungen sind also bei Älteren von etwas größerer Bedeutung für die organisatorische Unterstützung des Engagements als bei Jüngeren. Über individuell organisierte Gruppen gestalteten 15,8 % der ab 65-Jährigen ihr Engagement. Eine geringere Rolle spielten andere formal organisierte Einrichtungen (10,6 %) sowie staatliche oder kommunale Einrichtungen (6,3 %) (ebd., S. 531).

⁶¹ Der Anteil derer, die ihr Engagement über die Kirche organisieren, weicht vom Anteil derjenigen, die sich im kirchlichen oder religiösen Bereich engagieren, ab (vgl. Abbildung 28), da kirchliches oder religiöses Engagement z. B. auch über Vereine/Verbände oder individuell organisiert wird (Simonson u. a. 2017a, Tab. 20-2).

Gesellschaftliche Bereiche des freiwilligen Engagements



>> Abb. 28: Gesellschaftliche Bereiche des freiwilligen Engagements ab 65-Jähriger nach Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT. Datenbasis: FWS 2014; Mehrfachnennungen waren möglich; eigene Darstellung.

Informelle Unterstützung

Der Freiwilligensurvey erhebt auch den Umfang informeller Unterstützungsleistungen, die nicht in der Definition des freiwilligen Engagements erfasst werden. Dazu zählen unentgeltliche und private Hilfeleistungen, die sich an nichtverwandte Personen im sozialen Nahraum richten. Unterschieden werden instrumentelle Unterstützung (wie z. B. Hilfe beim Einkaufen, bei der Gartenarbeit oder beim Umgang mit technischen Geräten), Kinderbetreuung und Pflege (Vogel und Tesch-Römer, S. 259 f.). 23,3 % der ab 65-Jährigen gaben im Jahr 2014 an, instrumentelle Hilfen an nicht-verwandte Personen zu leisten, und stellten damit einen geringeren Anteil als andere Altersgruppen (Durchschnitt 26,3 %) (ebd., S. 262). Jeder vierte Mann (25,2 %) und 21,8 % der Frauen gaben an, instrumentelle Hilfen zu leisten (ebd., S. 264). Frauen unterstützten häufiger bei der Kinderbetreuung (9 %) als Männer (7,5 %) (ebd., S. 268) und pflegten häufiger Angehörige (vgl. Kapitel 05.3 auf Seite 134). Männer unterstützten eher Personen in der Nachbarschaft, Bekannte oder Freundinnen und Freunde.

Im Gegensatz zum freiwilligen Engagement unterscheiden sich die Anteile der ab 65-Jährigen, die instrumentelle Hilfen leisten und nichtverwandte Personen bei der Kinderbetreuung unterstützten zwischen Ost- und Westdeutschland nicht (Kausmann und Simonson 2017, S. 587 ff.).

Weiterbildung

Weiterbildung und lebenslanges Lernen sind Möglichkeiten, individuelle Ressourcen zu stärken, ein gesundes Altern zu erleichtern, gesellschaftliche Partizipation bzw. Engagement zu verwirklichen und Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Die Bedeutung der Bildung im Alter verdeutlicht die Schaffung einer eigenen Disziplin, der Geragogik. Umfassende Studien zur Erwachsenenbildung (wie der Adult Education Survey oder der Bildungsbe-

richt) erheben das Bildungsverhalten in der Regel jedoch nur bis zum Alter von 65 Jahren, weswegen hier nur auf wenige alternative Befunde verwiesen werden kann. In dem Datenreport 2016 für die Bundesrepublik Deutschland wird der tägliche Zeitaufwand für Bildung und Lernen dargestellt (vgl. Kott u. a. 2016a). Hier zeigte sich, dass ab 65-Jährige wenig Zeit mit Bildung und Lernen verbringen, nämlich durchschnittlich nur eine Minute pro Tag (ebd., S. 369). Damit verbrachten sie weniger Zeit mit Bildung und Lernen als alle anderen Altersgruppen. Der altersübergreifende Durchschnitt betrug mit 34 Minuten eine gute halbe Stunde pro Tag (ebd.).

Im Deutschen Alterssurvey werden die Besuche von Bildungsveranstaltungen dargestellt. Gefragt wurde, wie oft Kurse oder Vorträge, z. B. zur Fort- oder Weiterbildung, besucht wurden. Hier zeigt sich, dass 90 % der 55- bis 69-Jährigen bzw. 91,9 % der 70- bis 85-Jährigen im Jahr 2014 nach eigenen Angaben seltener als monatlich oder nie einen Kurs oder einen Vortrag besuchten (vgl. GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen).

Bei Betrachtung der Daten der Gaststudierenden in Universitäten und des Besuchs von Volkshochschulen zeigte sich jedoch ein Anstieg der Inanspruchnahme durch ältere Menschen. Im Wintersemester 2014/15 waren 42 % der Gaststudierenden an Universitäten mindestens 65 Jahre alt (Statistisches Bundesamt 2015, S. 23).

Auch an Volkshochschulen hat sich der Anteil an Teilnehmenden ab 65 Jahre seit 2007 um 4,3 Prozentpunkte erhöht, liegt aber trotzdem deutlich unter dem Anteil jüngerer Altersgruppen (Huntemann und Reichart 2017, S. 22). Im Jahr 2016 waren 16 % der Teilnehmenden an Volkshochschulkursen 65 Jahre und älter (ebd.). Besonders stark war die Altersgruppe im Programmbereich »Politik – Gesellschaft – Umwelt« und in »Kultur – Gestalten« vertreten (ebd., S. 50).

» 06.4 Politische Partizipation

Im Freiwilligensurvey werden unter »Politische Partizipation« alle freiwilligen Aktivitäten gefasst, mit denen Personen außerhalb der Berufstätigkeit versuchen, auf politische Entscheidungen Einfluss zu nehmen oder an diesen mitzuwirken (Simonson und Vogel 2017b, S. 199 f.). Die ab 65-Jährigen waren in ihrem bisherigen Leben demnach weniger politisch aktiv als die jüngeren Altersgruppen zwischen 30 und 64 Jahren (ebd., S. 212). Unterschiede bei der Beteiligung zeigen sich zudem hinsichtlich der Geschlechter und der Bildung.

An Unterschriftensammlungen oder Online-Petitionen hatten sich 37,1 % der ab 65-Jährigen schon einmal beteiligt und damit in geringerem Umfang als alle anderen Altersgruppen (50 bis 64 Jahre: 49,8 %, 30 bis 49 Jahre: 46,9 %) (Simonson und Vogel 2017b, S. 204). Dies galt auch für die Teilnahme an Demonstrationen: Ein gutes Viertel (26,1 %) der ab 65-Jährigen gab bei der Befragung 2014 an, bislang mindestens einmal demonstriert zu haben, im Gegensatz zu 39 % der 50- bis 64-Jährigen und 34,9 % der 30- bis 49-Jährigen (ebd., S. 206). In Bürgerinitiativen waren 23 % der Altersgruppe schon einmal aktiv, und damit etwas

weniger als die 50- bis 64-Jährigen und vergleichbar viele wie bei den 30- bis 49-Jährigen (ebd., S. 208). Allerdings hatten mit 12,8 % anteilig mehr Personen in der Altersgruppe ab 65 Jahren bereits ein politisches Amt übernommen als in anderen Altersgruppen (ebd., S. 211).

Auffällig ist, dass sich – wie beim freiwilligen Engagement – in allen Altersgruppen Frauen seltener als Männer politisch beteiligten (ebd., S. 213 f.). (vgl. Tabelle 84).

Deutlichere Unterschiede zeigen sich hinsichtlich der Bildung. In allen vier erfragten Bereichen der politischen Partizipation sind Menschen mit niedriger Bildung seltener vertreten als höher Gebildete (vgl. Tabelle 85). Am seltensten beteiligten sich in allen Altersgruppen Frauen mit niedriger Bildung (Simonson u. a. 2017a, Tabellenanhang, Tabellen 6-1 bis 6-4). Dies birgt die Gefahr, dass die Interessen der Bevölkerungsgruppen mit niedrigerem Bildungsstand vernachlässigt werden (Simonson und Vogel 2017b, S. 213).

Teilnahme an Wahlen

2017 beteiligten sich 81 % der 60- bis 69-Jährigen und 75,8 % der ab 70-Jährigen an den Bundestagswahlen (Der Bundeswahlleiter und Statistisches Bundesamt 2018, S. 11). Im Vergleich zu den an-

Politische Partizipation nach Geschlecht (in Prozent)

Teilnahme an	Frauen	Männer	Gesamt
Unterschriftensammlung/Online-Petition	34,5	40,4	37,1
Demonstrationen	21,0	32,6	26,1
Bürgerinitiativen	21,2	25,3	23,0
Politisches Amt übernommen	9,0	17,6	12,8

» Tab. 84: Politische Partizipation der ab 65-Jährigen nach Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: Simonson u. a. 2017a, Tabellen 6-1 bis 6-4; Lizenz: CC-BY-4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Datenbasis: FWS 2014; eigene Darstellung.

Politische Partizipation ab 65 Jahren nach Bildungsgrad (in Prozent)

Teilnahme an	Bildung			Gesamt
	Niedrig	Mittel	Hoch	
Unterschriftensammlung/Online-Petition	25,4	37,4	51,9	37,1
Demonstrationen	17,1	23,1	40,4	26,1
Bürgerinitiativen	14,8	23,7	32,9	23,0
Politisches Amt übernommen	8,3	10,0	21,1	12,8

» Tab. 85: Politische Partizipation der ab 65-Jährigen nach Bildungsgrad im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: Simonson u. a. 2017a, Tabellen 6-1 bis 6-4; Lizenz: CC-BY-4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Datenbasis: FWS 2014; eigene Darstellung.

deren Altersgruppen war die Wahlbeteiligung in der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen am höchsten (Durchschnitt 2017: 76,2 %, ebd., S. 11).

Spenden

Menschen spenden nicht nur Zeit, z. B. beim freiwilligen oder informellen Engagement oder bei der politischen Partizipation, sondern auch Geld. Auch durch Spenden kann auf gesellschaftliche Entwicklungen Einfluss genommen werden. Da finanzielle Ressourcen in der Gesellschaft jedoch ungleich verteilt sind, gilt dies auch für die Chancen, durch Spenden Einfluss zu nehmen.

Im Freiwilligensurvey wurden Spenden für soziale und gemeinnützige Zwecke erfragt. Im Zeitverlauf zeigte sich, dass die Spendenbereitschaft zurückgegangen war: 1999 spendeten 63,4 % und im Jahr 2014 nur noch 54,4 % der Befragten aller Altersgruppen (Hameister und Vogel 2017, S. 226). Bei den ab 65-Jährigen ist jedoch nur ein geringer Rückgang zu verzeichnen: 1999 spendeten drei Viertel (74,6 %) der Altersgruppe, 2014 waren es 72,2 %. Seit 2004 sind sie die Altersgruppe mit der höchsten Spendenbereitschaft (ebd., S. 227). Menschen mit höherer Bildung spendeten altersübergreifend anteilig häufiger (ebd., S. 222), was vermutlich mit größeren finanziellen Ressourcen

zusammenhängt (ebd., S. 232): In der Altersgruppe der ab 65-Jährigen spendeten 63,3 % der Menschen mit niedriger und 80,1 % mit hoher Bildung (Simonson u. a. 2017a, Tabelle 7-1). Während Frauen seltener als Männer ehrenamtlich und politisch engagiert sind, spendeten sie in allen Altersgruppen etwas häufiger Geld als Männer. So spendeten 73,3 % der ab 65-jährigen Frauen und 70,9 % der gleichaltrigen Männer (Hameister und Vogel 2017, S. 221; Simonson u. a. 2017a, Tabelle 7-1). Insgesamt gesehen sind Menschen, die Geld spenden, auch häufiger freiwillig engagiert (Hameister und Vogel 2017, S. 231).

» 06.5 Mediennutzung

Mit welchen Medien informieren sich die älteren Menschen und durch welche Medien kann die Zielgruppe erreicht werden? Fernsehen, Radiohören und Zeitunglesen sind nach wie vor von großer Bedeutung für die Altersgruppe. Zum Medienverhalten der Deutschen gibt es eine Vielzahl von unterschiedlichen Erhebungen, zum Beispiel über die bevorzugten Presse-Erzeugnisse oder zur Internetnutzung. Vor allem die Daten zur Internet-

Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung (in Prozent)

Mehrmals in der Woche	60 bis 69 Jahre	70 Jahre und älter	Alle Altersgruppen
Fernsehen	93,0	95,6	86,1
Radio hören	88,7	84,2	82,3

>> Tab. 86: Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung 2016, Fernsehen und Radio, nach Altersgruppe (in Prozent). Quelle: ARD-Mediendaten 2016; Datenbasis: ma 2016 Radio II; Darstellung auszugsweise und verändert.

nutzung unterliegen gegenwärtig (noch) einem sehr schnellen Wandel, der mit der rasanten technischen Entwicklung einhergeht. Beispielsweise haben sich Zugänglichkeit und Verfügbarkeit des Internets mit relativ schnellen, flächendeckenden Netzen und verhältnismäßig günstigen Geräten in den letzten Jahren drastisch geändert. Tatsächlich aussagekräftig sind in diesem Bereich daher nur sehr aktuelle Daten.

Fernsehen/Radio

In welchem Umfang nutzen die älteren Menschen das Fernsehen oder das Radio? Die Daten zur Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung im Jahr 2016, die der Fernsehsender ARD auf Grundlage der repräsentativen Daten der Media Analyse 2016 Radio II darstellt, zeigen, dass ein großer Teil der ab 60-Jährigen mehrmals in der Woche fernsieht und Radio hört (vgl. Tabelle 86).

In den ARD-Mediendaten wird auch die (Fern-) Sehdauer der ost- und westdeutschen älteren Menschen erfasst. Dafür wird die Zeit, die der Fernseher läuft, gemessen (ARD-Mediendaten 2018). Das kann ein Grund dafür sein, warum in dieser Erhebung die Sehdauer im Vergleich zu Befragungen mit Selbstauskünften höher ausfällt: Bei in Westdeutschland lebenden Personen ab 65 Jahren lief im Jahr 2017 der Fernseher im Durchschnitt 325 Minuten (knapp 5,5 Stunden) pro Tag, bei den in Ostdeutschland Lebenden waren es 362 Minuten

(etwa 6 Stunden) (vgl. Tabelle 87). Damit bewegt sich die Zeit, die der Fernseher genutzt wird, auf relativ hohem Niveau. Mit zunehmendem Alter stieg die Fernsehzeit kontinuierlich an. In sämtlichen Altersgruppen sahen Ostdeutsche häufiger fern als Westdeutsche (ARD-Mediendaten 2018). Ob diese Zeit allerdings tatsächlich vor dem Fernseher verbracht wurde oder der Apparat (bei anderen Aktivitäten) nebenher lief, geht aus den Daten nicht hervor.

Bei Betrachtung der Spartenutzung fällt auf, dass Menschen ab 65 Jahren das Fernsehen häufiger zur Informationsgewinnung nutzten als jüngere Menschen (vgl. Tabelle 88). Seltener als jüngere Altersgruppen sahen sie Beiträge zur Unterhaltung, Werbung oder Fiction an, d. h. Filme, Krimis, Serien etc. (Media Perspektiven Basisdaten 2016, S. 71).

Auch ältere Menschen emanzipieren sich zunehmend von festgelegten Sendezeiten, indem sie beispielsweise die Mediatheken der Fernsehsender nutzen. 11 % der 50- bis 69-jährigen Befragten und 5 % der über 70-Jährigen nahmen 2016 das Angebot mindestens einmal pro Woche in Anspruch. Zusammengekommen nutzten ca. 50 % der 50- bis 69-Jährigen Videos aus verschiedenen Quellen über das Internet (z. B. über Videoportale, Streamingdienste). Bei den ab 70-Jährigen waren es immerhin 35 %, die mindestens einmal die Woche Videos im Internet sahen (Koch und Frees 2016, S. 430). Diese Angaben erscheinen hoch, da

{ Fern- } Sehdauer pro Tag (in Minuten pro Tag)

Altersgruppe	2016		2017	
	West	Ost	West	Ost
Über 65 Jahre	321	353	325	362

» Tab. 87: { Fern- } Sehdauer pro Tag in West- und Ostdeutschland in den Jahren 2016 und 2017 (in Minuten pro Tag). Quelle: ARD-Mediendaten 2018; Datenbasis: AGF in Zusammenarbeit mit GfK-TV Scope; Darstellung auszugsweise und verändert.

andere Untersuchungen zu dem Ergebnis kommen, dass der Anteil der ab 70-Jährigen, die das Internet überhaupt nutzen, kaum höher liegt (siehe unten). Unbestreitbar scheint dagegen, dass der Anteil derjenigen, die Videos über das Internet sehen, in allen Altersgruppen weiter steigen wird.

Das Radio hat nach wie vor eine große Bedeutung für ältere Menschen. Mit 88,7 % war der Anteil derjenigen, die mehrmals in der Woche Radio hören, in der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen der höchst-

Spartennutzung im Fernsehprogramm (in Prozent)

Sparte	Nutzung durch die Altersgruppe ab 65 Jahre
Information	41
Sport	6
Unterhaltung	16
Fiction	30
Werbung	5
Sonstiges	2

» Tab. 88: Spartennutzung der ab 65-Jährigen im Fernsehprogramm im Jahr 2015 (in Prozent). Quelle: Media Perspektiven Basisdaten 2016, S. 71; Datenbasis: Media Perspektiven Basisdaten; Darstellung auszugsweise und verändert.

te aller Altersgruppen. Die über 70-Jährigen hörten mit 84,2 % etwas seltener, aber dennoch häufig Radio (ARD-Mediendaten 2016). Der Durchschnitt aller Altersgruppen liegt bei 82,3 % (vgl. Tabelle 86).

Radiohören und Tätigkeiten (in Minuten pro Tag)

Radiohören	60 bis 69 Jahre	Ab 70 Jahre	Alle Altersgruppen
Im Haus	159	150	102
Außer Haus	53	19	76
Arbeit im Haus	51	45	31
Beim Essen im/außer Haus	40	41	27
Beim Autofahren	32	13	32
Arbeit außer Haus	16	3	40
Sonstige Tätigkeiten	64	59	40

» Tab. 89: Radio hören und Tätigkeiten nach Altersgruppen und Nutzungsdauer (in Minuten pro Tag). Quelle: Media Perspektiven Basisdaten 2015, S. 78; Datenbasis: Media Perspektiven Basisdaten; Darstellung auszugsweise und verändert.

Zeitungen und Zeitschriften lesen (in Prozent)

Mehrmals in der Woche	60 bis 69 Jahre	Ab 70 Jahre	Alle Altersgruppen
Zeitungen lesen	82,9	86,0	63,2
Zeitschriften lesen	33,0	35,1	25,3

>> Tab. 90: Lesen von Zeitungen und Zeitschriften im Jahr 2016 nach Altersgruppen (in Prozent). Quelle: ARD-Mediadaten 2016; Datenbasis: ma 2016 Radio II; Darstellung auszugsweise und verändert. Die Daten in der Tabelle beziehen sich auf das Jahr 2015, da im Jahr 2016 nur die gesamte Altersgruppe 60+ dargestellt wurde und keine weitere Altersdifferenzierung erfolgte.

Auch hinsichtlich der Hördauer übertreffen die 60- bis 69-Jährigen andere Altersgruppen: Im Jahr 2016 hörten die 60- bis 69-Jährigen durchschnittlich 221 Minuten am Tag Radio. Die ab 70-Jährigen hörten 178 Minuten am Tag Radio, dies entspricht genau dem Durchschnitt aller Altersgruppen (Media Perspektiven Basisdaten 2016, S. 78). Häufiger als jüngere Altersgruppen hörten die ab 60-Jährigen zuhause Radio, seltener unterwegs (vgl. Tabelle 89) (Media Perspektiven Basisdaten 2015, S. 78).

Druckmedien: Zeitungen und Zeitschriften

Ältere Menschen lesen zu einem deutlich größeren Anteil als Jüngere Zeitungen und Zeitschriften. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil derjenigen, die sich mittels Printmedien über das Zeitgeschehen informieren, sogar noch zu.

Die Arbeitsgemeinschaft Media-Analyse e. V. ermittelt jährlich die Verbreitung von Pressemedien in Deutschland. Dabei werden regionale und überregionale Druckmedien in Deutschland hinsichtlich ihrer Reichweite und bezogen auf unterschiedliche Zielgruppen und Regionen erfasst. Allerdings ermittelt die Erhebung nur die Verbreitung der Medien, nicht deren tatsächliche Lektüre. Ob und in welchem Ausmaß die jeweilige Zeitschrift von der Zielgruppe auch tatsächlich gelesen wird, lässt sich aus den Daten nicht ableiten. Regionale Tageszeitungen werden in der Erhebung nicht in der

Summe, sondern als einzelne Produkte dargestellt. Da die einzelnen Tageszeitungen nur über eine lokal begrenzte Reichweite verfügen, lässt sich daraus keine Aussage über die grundsätzliche Bedeutung des Mediums »Tageszeitung« ableiten. Allerdings lässt die Reichweite der Fernsehbeilagen »rtv« und »Prisma«, die sich wöchentlich in zahlreichen Tageszeitungen befinden, auf die allgemeine Verbreitung der Tageszeitungen schließen.

Führende Presseerzeugnisse waren im Jahr 2017 die Boulevardzeitungen des Springer-Verlags, wie »Bild« und »Bild am Sonntag«. In der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen wurden »Stern«, »Spiegel« und »Fokus« etwas häufiger erworben als bei den ab 70-Jährigen, die dagegen öfter Fernsehzeitungen wie die »Hörzu« und »TV hören und sehen« kauften. Ein Viertel der 60- bis 69-Jährigen und ein Fünftel der ab 70-Jährigen erhielten die »ADAC Motorwelt«, die ADAC-Mitgliedern kostenlos zugestellt wird (vgl. Tabelle 134 auf Seite 225).

Ebenfalls kostenlos ist die »Apotheken Umschau«, die im ersten Quartal 2017 mit einer Auflage von ca. 9 Millionen in den Apotheken an Kundinnen und Kunden verteilt wurde (multimed 2017). Differenzierte Angaben zur Reichweite unter den ab 65-Jährigen können anhand der vorliegenden Daten allerdings nicht getroffen werden.

Internet

In welchem Umfang nutzen ältere Menschen das Internet? Diese Frage ist deshalb von besonderem Interesse, weil zahlreiche Informationen inzwischen bevorzugt auf diesem Weg verbreitet werden. Der Abruf mobiler Dienstleistungen, die Kommunikation via E-Mail oder die Nutzung von digitalen Angeboten, z. B. im Ambient-Assisted-Living (AAL) als Technikunterstützung im Wohnen oder im E-Health-Bereich, können das Leben gerade im hohen Alter erheblich erleichtern. Die wesentlichen Bedingungen sind hier allerdings die Bereitschaft und das Vermögen, das Internet zu nutzen, sowie die entsprechende technische Ausstattung.

Insgesamt nimmt die Internetnutzung in allen Altersgruppen Jahr für Jahr zu. Während im Jahr 2016 fast alle Personen der jüngeren Jahrgänge (14 bis 39 Jahre) das Internet nutzten (97 bis 99 %), nahm die Nutzerquote mit zunehmendem Alter deutlich ab. Aus den repräsentativen, deutschlandweiten Befragungen, die für den D21-Digital-Index 2016 durchgeführt wurden (Initiative D21 e. V. und Kantar TNS 2016), ergibt sich folgendes Bild: Der Anteil der älteren Menschen, die das Internet nutzen, lag bei den 60- bis 69-Jährigen mit 69 %

und bei den ab 70-Jährigen mit 36 % deutlich unter dem bundesdeutschen Durchschnitt (rund 79 %) (ebd., S. 58, S. 55). Noch geringer waren die Anteile der Älteren, die das Internet über das Mobilfunknetz nutzten (mobile Internetnutzung): 39 % der 60- bis 69-Jährigen und 17 % der ab 70-Jährigen gaben an, das Internet auch unterwegs zu nutzen (ebd., S. 60) (vgl. Tabelle 91).

Auch in der Studie des Deutschen Instituts für Vertrauen und Sicherheit im Internet (DIVSI) wurden die Anteile von Onlinern altersspezifisch erhoben, wobei die Altersgruppen stärker ausdifferenziert wurden. Damit werden die Unterschiede innerhalb der betrachteten Altersgruppe der 65- bis 80-Jährigen noch einmal deutlicher: Im Jahr 2016 nutzten 73 % der 65- bis 69-Jährigen, 39 % der 70- bis 74-Jährigen und 22 % der 75- bis 79-Jährigen das Internet (DIVSI 2016, S. 15).

Bei Betrachtung der Personen, die das Internet nicht nutzen, zeigen sich eindrucksvolle Unterschiede hinsichtlich des Bildungsstands: So nutzten im Jahr 2014 51,1 % der 55- bis 69-Jährigen und 85,8 % der 70- bis 85-Jährigen mit niedriger Bildung das Internet nie. Bei den Personen mit hoher Bildung waren es jedoch nur knapp 10 % der jüngeren und

Nutzung des Internets und genutzte Geräte

Internetnutzung	60 bis 69 Jahre	Ab 70 Jahre
Nutzung des Internets	69 %	36 %
Mobile Nutzung	39 %	17 %
Nutzung Tablet	19 %	25 %
Nutzung Smartphone	51 %	17 %
Tägliche Dauer Internetnutzung	1 Stunde 37 Minuten	34 Minuten

» Tab. 91: Nutzung des Internets und genutzte Geräte (Anteil der Nutzenden in der jeweiligen Altersgruppe in Prozent; durchschnittliche tägliche Nutzungsdauer in Stunden und Minuten). Quelle: Initiative D21 und Kantar TNS 2016, S. 12, 13, 58, 60; Lizenz: CC 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Darstellung auszugsweise und verändert.

Grund der Internetnutzung (in Prozent)

	55 bis 69 Jahre	70 bis 85 Jahre
Suche nach Informationen	77,1	43,3
Kontakt mit Freunden, Bekannten, Verwandten	70,1	40,1
Einkaufen	58,7	24,9
Unterhaltung	46,3	22,8
Bankgeschäfte	41,6	18,4
Eigene Inhalte erzeugen	33,8	14,6
Suche nach sozialen Kontakten	26,8	12,6

>> Tab. 92: Grund der Internetnutzung im Jahr 2014 nach Altersgruppen (in Prozent) . Quelle: Tesch-Römer u. a. 2016, S. 4; Lizenz: CC 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>); Datenbasis: DEAS 2014; eigene Darstellung.

ein Drittel der älteren Altersgruppe, die das Internet überhaupt nicht nutzten (Tesch-Römer u. a. 2016, S. 5).

Mit zunehmendem Alter zeigen sich auch größere Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Mit einem Anteil von 47 % nutzten ab 65-jährige Frauen deutlich seltener das Internet als gleichaltrige Männer mit 64 %, während Geschlechtsunterschiede bei allen jüngeren Altersgruppen nur gering oder nicht vorhanden waren (Statistisches Bundesamt 2016c, S. 14). Die größte Gruppe, die das Internet nicht nutzte, waren ältere Frauen mit niedriger Bildung (Tesch-Römer u. a. 2016, S. 5). Es ist aber zu erwarten, dass diese Unterschiede auch bei den älteren Menschen zunehmend geringer werden.

Unterschiede zu jüngeren Personen zeigen sich auch hinsichtlich der Nutzungshäufigkeit: 61,3 % der 55- bis 69-Jährigen und ein Drittel der 70- bis 85-Jährigen nutzten das Internet täglich oder mehrmals die Woche, im Gegensatz zu 76,9 % der 40- bis 54-Jährigen (Tesch-Römer u. a. 2016, S. 4).

Zu welchem Zweck wird das Internet von den älteren Menschen genutzt? Dem DEAS zufolge

diente das Internet 2014 den 55- bis 85-Jährigen vor allem dazu, Informationen einzuholen oder Kontakt mit Bekannten und Verwandten zu pflegen, z. B. über E-Mail, Videotelefonie oder digitale soziale Netzwerke (Tesch-Römer u. a. 2016, S. 4). Während über die Hälfte der 55- bis 69-Jährigen auch online einkaufte, nutzte nur ein knappes Viertel der 70- bis 85-Jährigen diese Möglichkeit. Auch der Anteil jener, die online Bankgeschäfte erledigten, soziale Kontakte pflegten, Unterhaltungsangebote nutzten oder selbst Inhalte einstellten (z. B. Blogs, Websites oder Anzeigen), nahm mit zunehmendem Alter deutlich ab (vgl. Tabelle 92). Die Rangordnung der Nutzungspräferenzen unterschied sich nicht von derjenigen der 40- bis 54-Jährigen, die jedoch in allen Bereichen aktiver waren (ebd., S. 4).

In geringerem Ausmaß als in jüngeren Altersgruppen nutzten auch die über 60-Jährigen zunehmend Instant-Messaging-Dienste und soziale Netzwerke (vgl. Tabelle 93).

Auch digitale Gesundheitsinformationen und -angebote gewinnen in allen Altersgruppen zunehmend an Bedeutung. Laut einer von der Techniker

Regelmäßige Nutzung von Messaging-Diensten (in Prozent)

	60 bis 69 Jahre	Ab 70 Jahre
Nutzung Instant-Messaging-Dienste (z. B. WhatsApp)	35	13
Nutzung sozialer Netzwerke (z. B. Facebook, Xing, Google+)	20	11

» Tab. 93: Regelmäßige Nutzung (d. h. ein- oder mehrmals die Woche) von Messaging-Diensten und sozialen Netzwerken (Anteil der Nutzenden je Altersgruppe in Prozent). Quelle: Initiative D21 und Kantar TNS 2016, S. 15; Lizenz: CC 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Darstellung auszugsweise und verändert.

Krankenkasse beauftragten Studie nutzten 44 % der 60- bis 70-Jährigen⁶² im Jahr 2016 das Internet, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren (Techniker Krankenkasse 2016, S. 7). Nicht nur allgemeine Gesundheitsinformationen sind digital zugänglich: In den letzten Jahren wurden immer mehr Gesundheits-Apps entwickelt, also Programme, die auf Smartphones oder Tablets genutzt werden können, um beispielsweise Krankheitssymptome zu erfassen oder an die Medikamenteneinnahme zu erinnern. Die Verbreitung dieser Anwendungen ist noch gering, viele Produkte befinden sich noch in der Erprobung bzw. sind für den breiten Markt noch zu kostspielig. Entsprechend verfügt nur ein geringer Anteil in der Bevölkerung über Erfahrungen in der Nutzung von Gesundheits-Apps, nämlich altersübergreifend 5 %. Künftig vorstellen können sich dies nur 16 % der 60- bis 70-Jährigen, und damit ein deutlich geringerer Anteil als in den jüngeren Altersgruppen, in denen fast ein Drittel dies als vorstellbar angab (ebd., S. 12).

Insgesamt zeigen die Daten, dass die Gruppe derjenigen Älteren, vor allem der hochaltrigen Menschen, die das Internet nutzen und über das Internet Zugang zu zielgruppenspezifischen Angeboten und Informationen haben, zurzeit im Vergleich zu

anderen Altersgruppen kleiner ist. In Zukunft wird diese Gruppe allerdings mit Sicherheit größer, da die entsprechenden, internetaffinen Generationen nachfolgen.

» 06.6 Mobilität

Wie mobil sind die älteren Menschen? Welche Verkehrsmittel benutzen sie wann, wie oft und zu welchem Zweck? Die Studie »Mobilität in Deutschland 2008«⁶³ (»MiD 2008«) (BMVBS 2010) hat mit sehr umfassenden Erhebungen das Mobilitätsverhalten der in Deutschland lebenden Menschen untersucht. Dabei wird sowohl das Mobilitätsverhalten an sich, in seiner zeitlichen Entwicklung als auch vor dem Hintergrund von räumlichen oder personengebundenen Einflussfaktoren dargestellt. Die Erhebungen zeigen, dass sowohl das Alter als auch das Geschlecht einen erheblichen Einfluss auf das Mobilitätsverhalten ausüben.

Anzahl, Länge und Zweck der Wege

Welche Strecken legen ältere Menschen – unabhängig vom Verkehrsmittel – täglich zurück, wie

⁶² Höhere Altersgruppen wurden nicht befragt.

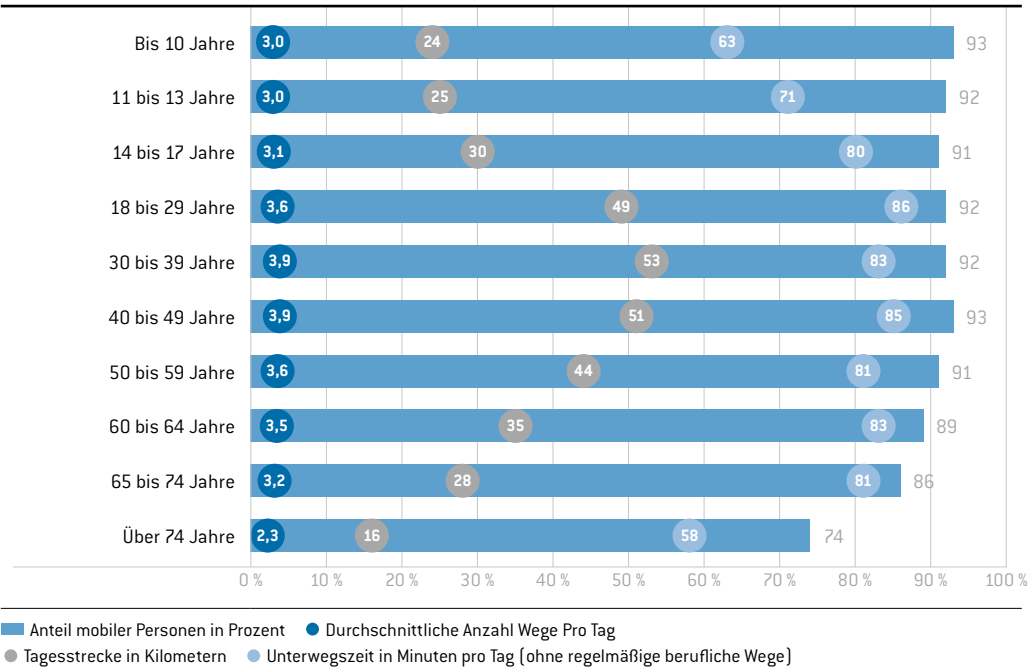
⁶³ Die Ergebnisse der Folgeerhebung »Mobilität in Deutschland 2017« lagen zu Redaktionsschluss noch nicht vor.

lange sind sie unterwegs und welche Entfernungen bewältigen sie dabei im Durchschnitt? Diese grundlegenden Kenngrößen zur Beschreibung der Mobilität wurden in der Studie in Abhängigkeit von der Altersgruppe erhoben. Damit ließ sich die Entwicklung der außerhäuslichen Mobilität über die Lebensalter abbilden. Die durchschnittliche »Unterwegszeit« lag im Erwachsenenalter relativ konstant bei 80 bis 86 Minuten pro Tag und nahm erst für die Altersgruppe ab 74 Jahren ab. Ältere Menschen im Alter zwischen 65 und 74 Jahren legten im Durchschnitt 3,2 Wege mit einer (Gesamt-) Länge von 28 Kilometern und einer (Gesamt-) Dauer von 81 Minuten pro Tag zurück. Ab einem

Alter über 74 Jahren sanken diese Werte: es wurden pro Tag nur noch durchschnittlich 2,3 Wege von durchschnittlich 15 km in einem Zeitraum von 58 Minuten zurückgelegt.

Die Daten zeigen, dass mit zunehmendem Alter die Wege kürzer werden und die relative Wegedauer zunimmt. In der Altersgruppe 65 bis 74 Jahre wurden pro Kilometer im Durchschnitt etwa 2,9 Minuten benötigt, während in der Altersgruppe ab 74 Jahren die gleiche Strecke in durchschnittlich 3,6 Minuten – und damit fast um ein Drittel der Zeit langsamer – zurückgelegt wurde. Daraus lässt sich folgern, dass die betrachtete Altersgruppe andere, evtl. langsamere Verkehrsmittel für ihre Wege ein-

Wegestrecken, Wegdauer, Anzahl der Wege pro Tag



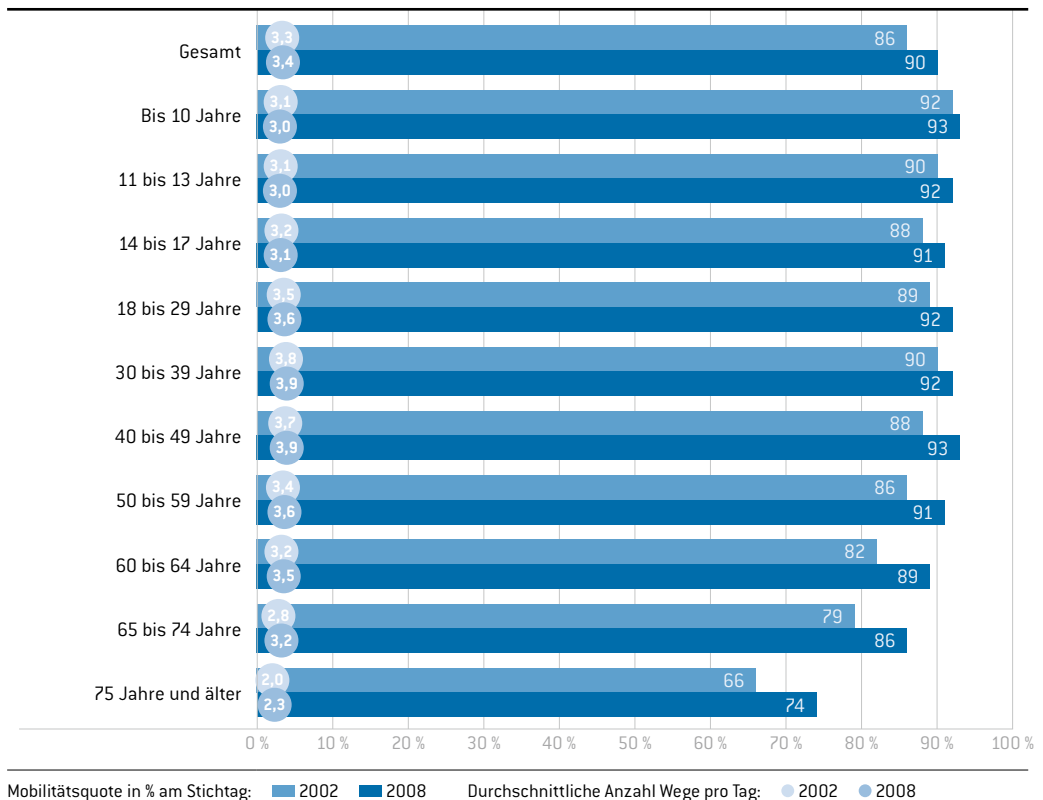
>> Abb. 29: Wegestrecken, Wegdauer, Anzahl der Wege pro Tag nach Altersgruppen im Jahr 2008. Quelle: BMVBS 2010, S. 75; Datenbasis: MiD 2008; Darstellung verändert.

setzt, sich insgesamt langsamer fortbewegt oder auf ihren Wegen Pausen einlegt. Darüber hinaus nahm der Anteil der Personen, die am Stichtag überhaupt unterwegs waren, im Vergleich zu den 65- bis 74-Jährigen von 86 % auf 74 % der Altersgruppe ab. Etwa ein Viertel der ab 74-Jährigen hat das Haus am Stichtag also überhaupt nicht verlassen.

Die Studie bewertet die Entwicklung der Mobilitätsquoten vor dem Hintergrund der anteiligen Entwicklung der Altersgruppe zwischen 2002 und

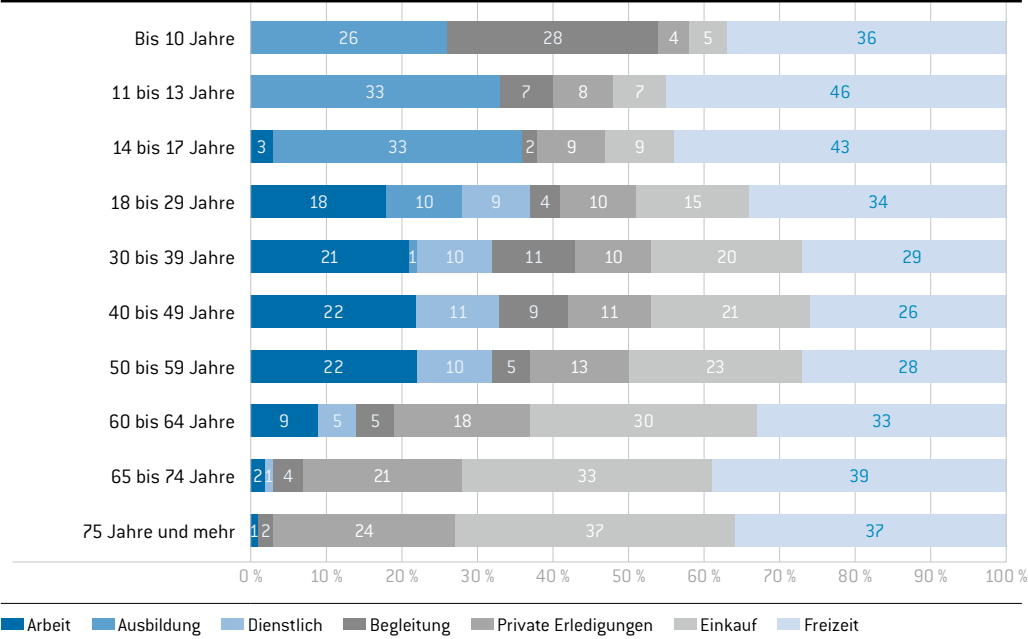
2008 (BMVBS 2010, S. 171). Dabei bildete sich im Zeitverlauf ein deutlicher Anstieg der Mobilitätsquote von älteren Menschen ab, sowohl der 65- bis 74-Jährigen als auch – und hier noch ausgeprägter – der über 74-Jährigen. Sowohl der Anteil der Personen, die am Stichtag überhaupt unterwegs waren, stieg deutlich an, nämlich bei den 65- bis 74-Jährigen von 79 % auf 86 % und bei den Über-74-Jährigen von 66 % auf 74 % als auch die Anzahl der Wege (vgl. Abbildung 30).

Mobilitätsquote und mittlere Wegezahl



» Abb. 30: Mobilitätsquote und mittlere Wegezahl nach Altersgruppen in den Jahren 2002 und 2008. Quelle: BMVBS 2010, S. 171; Datenbasis: MiD 2002; 2008; Darstellung verändert.

Wegezwicke

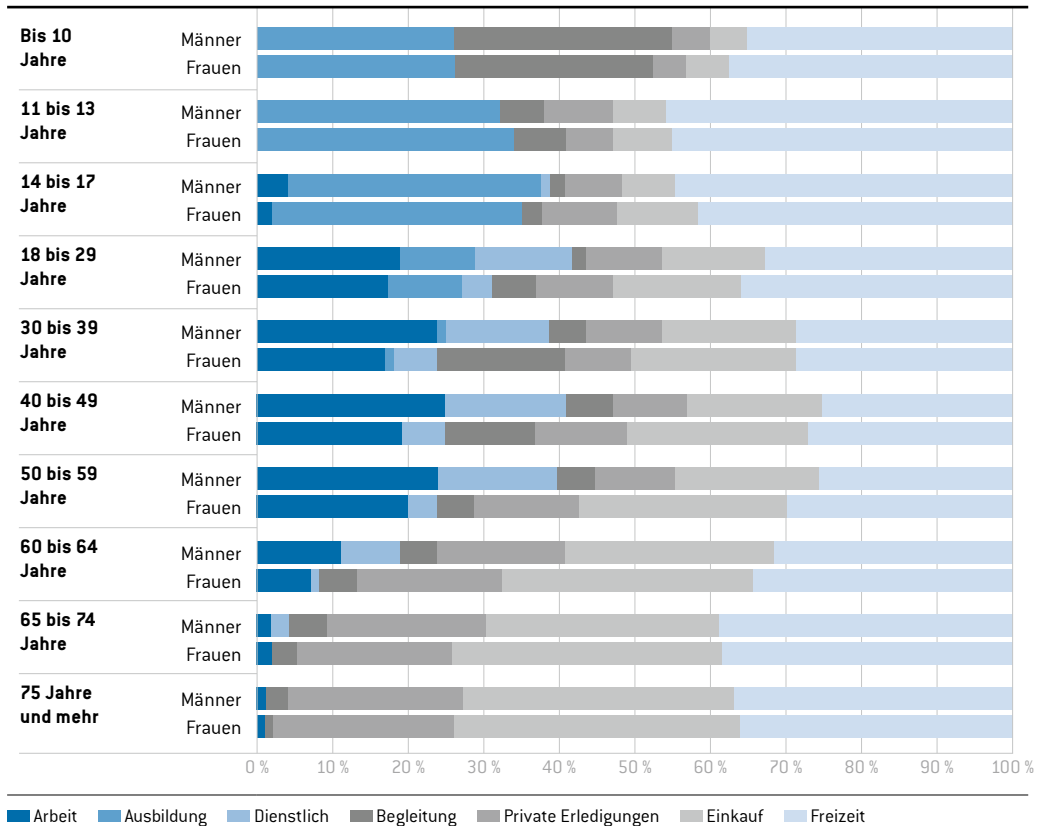


>> Abb. 31: Wegezwicke nach Altersgruppen im Jahr 2008 (in Prozent). Quelle: BMVBS 2010, S. 76; Datenbasis: MiD 2008; Darstellung verändert.

Während der Anteil der 65- bis 74-Jährigen an der Gesamtbevölkerung in diesem Zeitraum um 20 % wuchs, nahm der Anteil ihrer Wege am Gesamtwege-Aufkommen um 32 % zu. Der Anteil der über 74-Jährigen an der Bevölkerung nahm um 12 % zu und ihr Anteil am Gesamtwege-Aufkommen sogar um 30 %. Der Anstieg der Mobilitätsquote basiert also nicht nur auf einer Zunahme der Bevölkerungsgruppe, sondern auch auf einer erhöhten Mobilität im Alter, insbesondere der Hochaltrigen. Gründe dafür werden in der Studie nicht genannt, sie könnten in einem Rückgang der Mobilitätseinschränkungen im Alter, besseren Mobilitätsangeboten und -chancen oder der verstärkten Notwendigkeit zur Mobilität, etwa weil Versorgungsangebote nur (noch)

mit erhöhtem Mobilitätsaufwand zu erreichen sind, gesucht werden. Nach Einschätzung der Studie lag »[d]ie Veränderung des Mobilitätsverhaltens in der Gruppe der Älteren [...] merklich über immer wieder geäußerte(n) Erwartungen« (BMVBS 2010, S. 171). Warum sind die älteren Menschen unterwegs? In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen dominierten mit einem Anteil von 39 % die Wege, die im Rahmen der Freizeit zurückgelegt wurden, gefolgt von Einkäufen (33 %) und privaten Erledigungen (21 %). Letztere Anlässe nahmen bei den über 74-Jährigen noch leicht zu, während die Freizeit-Wege etwas weniger wurden. Im Gegensatz zu jüngeren Altersgruppen wurden von den älteren Menschen erwartungsgemäß kaum noch Wege

Wege Zwecke nach Geschlecht



» Abb. 32: Wege Zwecke Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2008 (in Prozent). Quelle: BMVBS 2010, S. 81; Datenbasis: MiD 2008; Darstellung verändert.

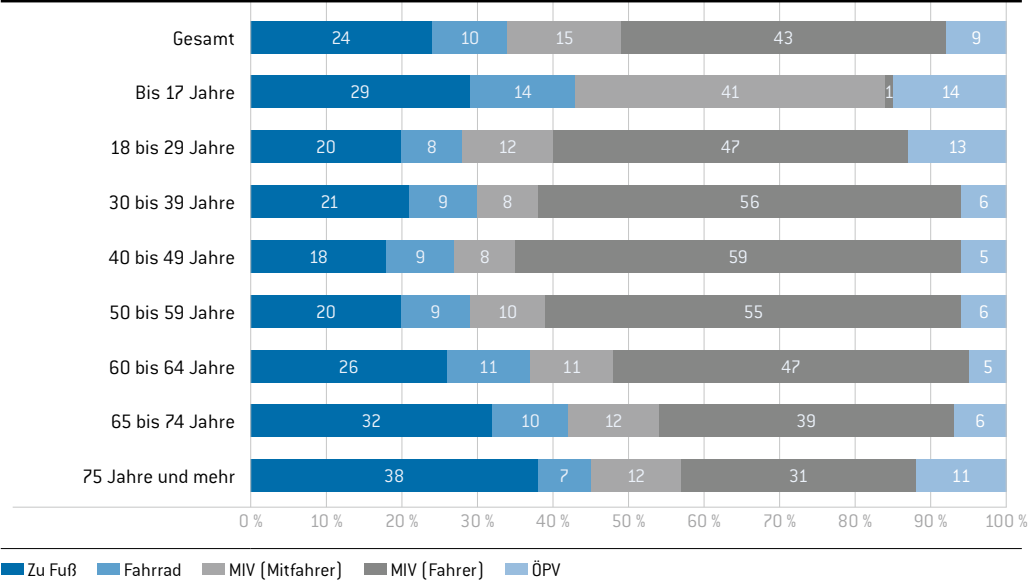
aus beruflichen Gründen absolviert. Die Verteilung der Wege Zwecke unterschied sich bei den älteren Menschen, im Gegensatz zu jüngeren Altersgruppen, nicht nach Geschlecht (vgl. Abbildung 31 und Abbildung 32).

Verkehrsmittel

Welche Verkehrsmittel benutzen die älteren Menschen, um ihre Ziele zu erreichen? Die MiD-Studie unterscheidet nach »Öffentlicher Personenver-

kehr« (ÖPV), »Motorisierter Individualverkehr« (MIV) als Fahrer bzw. FahrerIn oder Mitfahrer bzw. MitfahrerIn, »Fahrrad« oder »zu Fuß«. Die Mobilität der 30- bis 60-Jährigen ist vorwiegend durch den motorisierten Individualverkehr geprägt (BMVBS 2010, S. 77). Ab 60 Jahren wurde der PKW seltener genutzt, von 55 % der 55- bis 59-Jährigen auf 47 % der 60- bis 64-Jährigen (Abbildung 33). Mit dem Wegfall der berufsbedingten Wege und altersbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen,

Verkehrsaufkommen (»Modal Split«)



>> Abb. 33: Verkehrsaufkommen nach Verkehrsmitteln (»Modal Split«) und Altersgruppen im Jahr 2008 (in Prozent). Quelle: BMVBS 2010, S. 77; Datenbasis: MID 2008; Darstellung verändert.

etwa einer Verminderung der Sehkraft, geht häufig auch ein Verzicht auf den PKW einher. Andererseits ist diese Tendenz aber auch ein Kohorten-Effekt, da vor allem die Anzahl der selbst fahrenden Frauen in den höheren Altersgruppen deutlich geringer ist (vgl. Abbildung 35 Auf Seite 170).

Der prozentuale Anteil der älteren Menschen, die in einem PKW mitfahren, betrug bei den über 65-Jährigen 12 %. Der Anteil derjenigen, die das Fahrrad zur Fortbewegung nutzen, sank von 10 % (65 bis 74 Jahre) auf 7 % der über 74-Jährigen. Dagegen stieg der Anteil der ÖPV-Nutzerinnen und -nutzer von 6 % auf 11 %. Auch die Anzahl der Wege, die zu Fuß bewältigt werden, nahm zu: 32 % der 65- bis 74-Jährigen und 38 % der über 74-Jährigen gingen zu Fuß. Die Daten lassen keine Schlüsse darüber zu, ob diese Veränderungen dem Alter

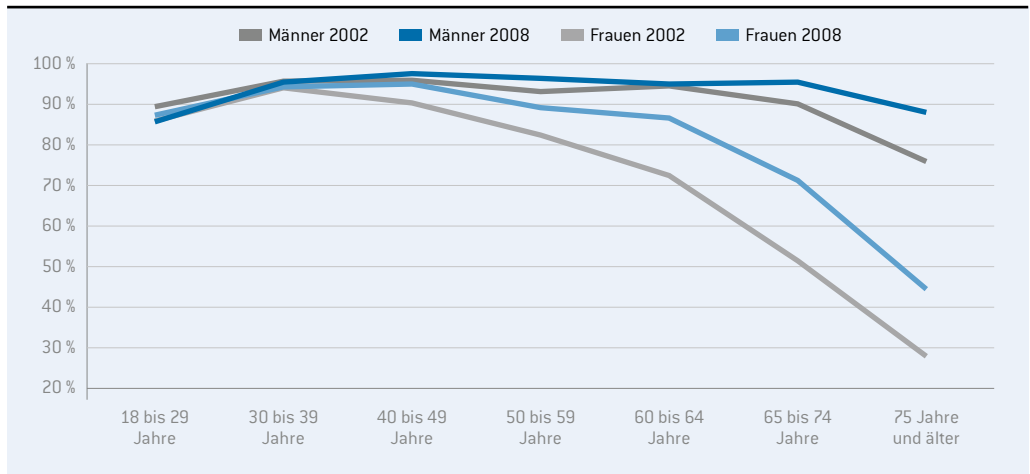
oder Kohorteneffekten geschuldet sind. Vermutlich beeinflussen beide Effekte die Daten. Ob der motorisierte Individualverkehr auch künftig im Alter in diesem Maße zurückgehen wird, kann daher nur spekuliert werden.

Motorisierter Individualverkehr

Der Erwerb eines Führerscheines ist für viele Menschen das entscheidende Erlebnis ihrer Mobilitätsbiografie (BMVBS 2010, S. 70). Die komfortable Erschließung langer Strecken und entfernter Regionen stellt eine große Erweiterung der individuellen, autonomen Mobilität dar. Eine einschneidende Entscheidung bildet vor diesem Hintergrund die Abgabe des Führerscheines im Alter.

Während im Gegensatz zu den Frauen vor allem die Männer früherer Kohorten einen Führerschein

Pkw-Führerscheinbesitz



» Abb. 34: PKW-Führerscheinbesitz nach Geschlecht und Altersgruppen in den Jahren 2002 und 2008 (in Prozent). Quelle: BMVBS 2010, S. 71; Datenbasis: MiD 2002; 2008; Darstellung verändert.

und einen PKW besaßen⁶⁴, hat die Anzahl der Führerscheinbesitzerinnen in den nachfolgenden Generationen kontinuierlich zugenommen. Abbildung 34 stellt die Entwicklung des Führerscheinbesitzes von Männern und Frauen zwischen 2002 und 2008 dar. Die Grafik zeigt, dass sowohl der Anteil der älteren Männer als auch jener der älteren Frauen, die 2008 einen Führerschein besaßen, im Vergleich zu 2002 deutlich gestiegen ist. Obwohl mehr ältere Menschen als PKW-Fahrer am Verkehrsgeschehen teilnahmen, hat sich die Unfallquote dadurch nicht signifikant verschlechtert. Ein PKW-Unfall wurde deutlich seltener durch ein Fehlverhalten der älteren Menschen verursacht als durch eine andere Altersgruppe (vgl. BMVBS 2010, S. 67 f.).

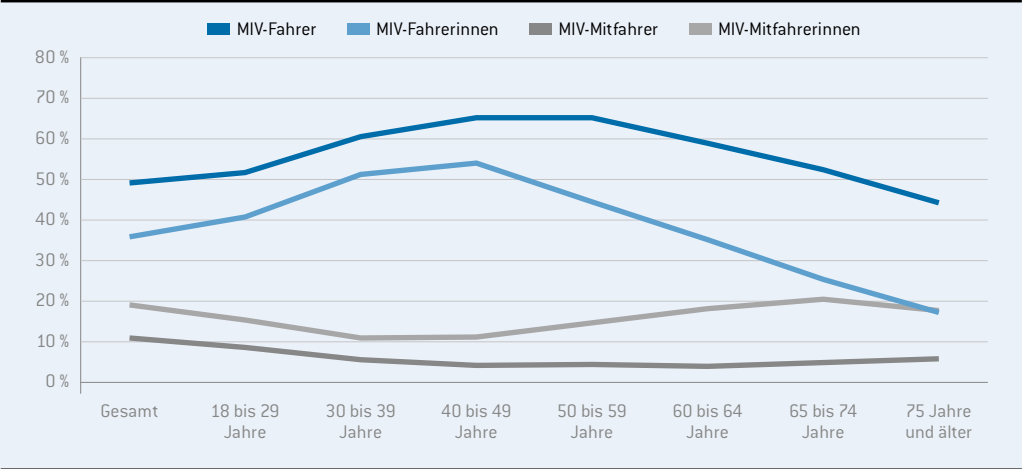
Die Abbildung 35 belegt zusätzlich, wie stark sich der Anteil der selbstfahrenden Männer von dem der selbstfahrenden Frauen in den höheren Altersgruppen unterschieden hat. Der Anteil der PKW-Fahrerinnen entsprach etwa dem der PKW-Mitfahrerinnen. Dagegen war der Anteil der PKW-Mitfahrer unter den älteren Männern konstant niedrig.

Öffentlicher Personenverkehr (ÖPV)

Der ganz überwiegende Anteil der älteren Menschen war im Jahr 2008 mit Hilfe eines PKWs oder zu Fuß mobil. Der Anteil derjenigen 65- bis 74-Jährigen, die den Öffentlichen Personenverkehr nutzten, war mit 6 % ähnlich niedrig wie in der jüngeren Altersgruppe (40 bis 64 Jahre). Erst ab 75 Jahren stieg der Anteil auf 11 % und nähert sich damit wieder den

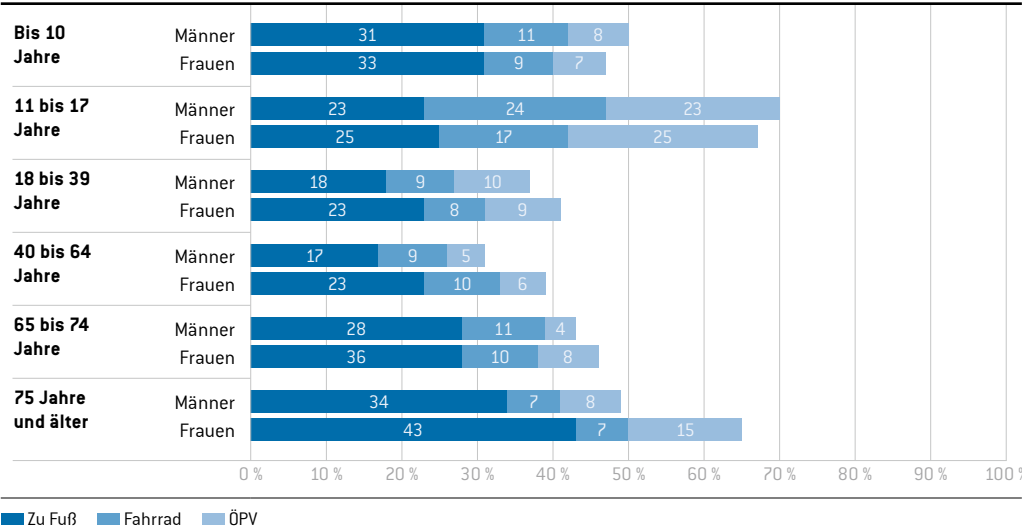
64 Im Jahr 2002 besaßen nur 47 % der Frauen im Alter ab 75 Jahren (entspricht dem Jahrgang 1928 und früher) einen Führerschein (vgl. BMVBS 2010, S. 70).

Motorisierter Individualverkehr



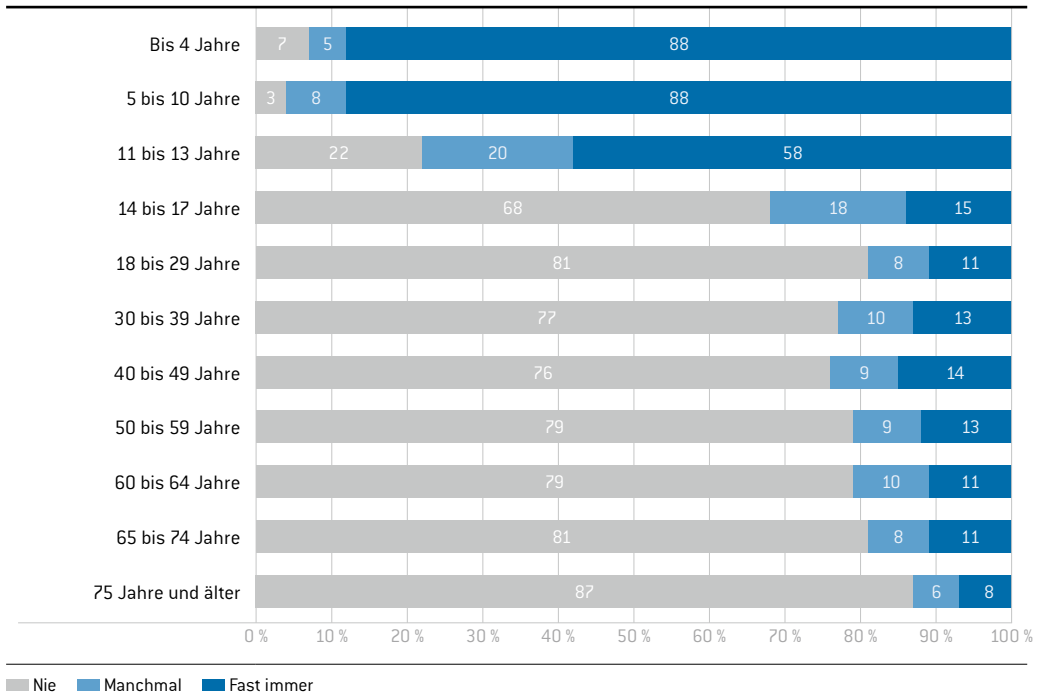
>> Abb. 35: MIV-Anteile nach Geschlecht und Altersgruppen im Jahr 2008 (in Prozent). Quelle: BMVBS 2010, S. 94; Datenbasis: MiD 2008; Darstellung verändert.

Öffentlicher Personen-Verkehr und Nicht-motorisierter Individualverkehr



>> Abb. 36: ÖPV- und NMIV-Anteile am Verkehrsaufkommen nach Geschlecht und Altersgruppen im Jahr 2008 (in Prozent). Quelle: BMVBS 2010, S. 104; Datenbasis: MiD 2008; Darstellung verändert.

Fahrradhelm-Gebrauch



» Abb. 37: Fahrradhelm-Gebrauch nach Altersgruppen im Jahr 2008 (in Prozent). Quelle: BMVBS 2010, S. 107; Datenbasis: MiD 2008; Darstellung verändert.

Werten der unter 30-Jährigen an. Sowohl bei den 65- bis 74-Jährigen als auch bei den Über-74-Jährigen war der Anteil der Frauen, die den ÖPV nutzten, etwa doppelt so hoch wie bei den gleichalten Männern (vgl. Abbildung 36).

Die Studie gibt leider keine Auskunft darüber, wie sich Senioren-Tickets oder andere, regionale Angebote für ältere Menschen auf die Nutzung von Bus und Bahn auswirken. Es kann auch nicht nachvollzogen werden, wie groß der Anteil derjenigen älteren Menschen ist, die erst im Alter mit der ÖPV-Nutzung beginnen (z. B. weil der Führerschein

abgegeben wurde). Möglicherweise handelt es sich also bei dem Anstieg der ÖPV-Nutzung nicht um einen altersbedingten Effekt, sondern um einen Kohorten-Effekt, der auf die niedrigere Führerschein-Quote zurückzuführen ist.

Fahrradfahren und Zu-Fuß-Gehen

Mit zunehmendem Alter wurden mehr Wege zu Fuß erledigt. Vor allem die über 74-jährigen Frauen gingen fast die Hälfte ihrer Wege zu Fuß. Ob diese Entwicklung der abnehmenden Verfügbarkeit anderer Verkehrsmittel geschuldet ist, z. B. einer Abnahme

der PKW-Mitfahrgelegenheiten nach dem Tod des (männlichen) Partners bzw. der PKW-Fahrten nach der Rückgabe des Führerscheines, lässt sich aus den Daten nicht ableiten.

Während der Anteil der Fußwege zunahm, nahm der Anteil der Radfahrten mit zunehmendem Alter erwartungsgemäß ab. Allerdings legten noch 7 % der über 74-Jährigen ihre Wege mit dem Fahrrad zurück. Dabei schützten sich nur wenige ältere Menschen mit einem Fahrradhelm: 81 % der 65- bis 74-Jährigen und 87 % der über 74-Jährigen gaben an, nie einen Fahrradhelm zu tragen. Ein absehbar wichtiger werdendes Verkehrsmittel sind zudem E-Bikes bzw. Pedelecs. Zu deren Verfügbarkeit oder Nutzung lagen jedoch bei Redaktionsschluss dieses Fachheftes noch keine altersgruppenbezogenen Daten vor.

>> 06.7 Fazit

Wie gestalten die älteren Menschen ihre freie Zeit, wie bewerten sie ihre Lebenszufriedenheit, wie informieren sie sich und wie mobil sind sie? Diese unterschiedlichen Aspekte wurden in diesem Kapitel dargestellt und diskutiert, um ein möglichst umfassendes Bild von dem Alltagsleben der 65- bis 80-Jährigen zu erhalten. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass viele ältere Menschen ihren Ruhestand aktiv gestalten, ihre Freizeitgestaltung gut bewerten und sich für die Gesellschaft engagieren. Die Altersgruppe vertritt überwiegend positive Altersbilder, gibt häufig an, einen gerechten Anteil am Wohlstand zu erhalten, nutzt zunehmend das Internet und ist mobiler als frühere Generationen.

Es zeigt sich aber auch, wie sehr die Gestaltung des Alltags und die Bewertung der Lebenszufriedenheit von den jeweiligen Ressourcen und Lebenslagen der älteren Menschen abhängen.

Neben den Angeboten und Gelegenheitsstrukturen am Wohnort beeinflussen die Bildung und das Geschlecht zivilgesellschaftliches Engagement und politische Beteiligung, die Nutzung von Medien sowie die Mobilität.

Ältere Menschen, die in den ostdeutschen Bundesländern wohnen, geben eine geringere Lebenszufriedenheit an und beurteilen den eigenen Anteil an Wohlstand als weniger gerecht. Sie engagieren sich weniger ehrenamtlich, sind seltener Mitglied in einem Verein, besuchen seltener kulturelle Veranstaltungen und verbringen mehr Zeit vor dem Fernseher. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass es in den ostdeutschen Ländern zum Teil an Angebotsstrukturen und Möglichkeiten für ein aktives Leben im Alter mangeln könnte. Eine regional stärker differenzierte Analyse der Angebotssituation sowie der gesellschaftlichen Partizipation und Lebenszufriedenheit der Altersgruppe könnte hier noch deutlichere Aussagen erlauben. Auffällig ist, dass ältere Menschen in Ostdeutschland hinsichtlich der Rollenverteilungen zwischen Mann und Frau deutlich egalitäre Einstellungen äußern – das Ergebnis einer Sozialisation, die eine stärkere Gleichstellung von Frauen und Männern umfasste. Dennoch zeigen sich Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Freizeitaktivität häufig sowohl in den westdeutschen als auch in den ostdeutschen Bundesländern. Frauen zwischen 65 und 80 Jahren sind seltener ehrenamtlich oder politisch engagiert, seltener Mitglied in einem Verein und nutzen weniger das Internet. Ähnlich wirken sich Bildungsunterschiede im Alter aus, die in der Regel auch mit Einkommensunterschieden einhergehen. Menschen mit höherer formaler Bildung sind zufriedener, häufiger freiwillig und politisch engagiert, ein größerer Anteil von ihnen nutzt das Internet, womit ein besserer Zugang zu Informationen und Dienstleistungen einhergeht. Menschen mit niedriger formaler Bildung berichten darüber hinaus häufiger

von Altersdiskriminierung, z. B. im medizinischen Bereich oder bei Behördengängen.

Insbesondere, wenn Benachteiligungen kumulieren, wirkt sich dies auf viele Lebensbereiche aus, z. B. auf den Zugang zu Wissen und Teilhabe. So sind es die Frauen mit niedriger Bildung, die das Internet am wenigsten nutzen, am wenigsten politisch partizipieren oder Mitglied in einem Verein sind. Da nicht bei allen dargestellten Daten Bildungs- oder Statusunterschiede erhoben wurden, kann nur vermutet werden, dass diese Ungleichheiten auch in den meisten anderen Bereichen wirken.

Die Mobilität älterer Menschen hat sich in den letzten Jahren erhöht. Deutlich wird die geschlechtsspezifische Verkehrsmittelwahl im höheren Alter und in diesem Zusammenhang die weniger eigenständige Mobilität von älteren Frauen. Der

Öffentliche Personen-Nahverkehr und das Zu-Fuß-Gehen gewinnen im Alter an Bedeutung, während die Anteile des motorisierten Individualverkehrs abnehmen. Angesichts der zunehmenden Anzahl älterer Verkehrsteilnehmerinnen und -teilnehmer sollten daher verstärkte Anstrengungen bei der barrierearmen Anpassung öffentlicher Wege und Verkehrsmittel erfolgen. Darüber hinaus könnte eine wohnortnahe, an sozialräumlichen Strukturen orientierte Ansiedlung von Angeboten für ältere Menschen angestrebt und gefördert werden. Allerdings fehlen in diesem Zusammenhang bislang wissenschaftlich fundierte Kriterien zu Standortwahl und Wohnortentfernung. Wie sich die Mobilität der Altersgruppe im Vergleich zu 2008 entwickelt hat, wird sich zeigen, wenn die aktuellen Daten der Mobilitätsstudie veröffentlicht werden.

» Wohnen

Das Wohnen, die Wohnsituation und das Wohnumfeld sind Faktoren, die einen entscheidenden Einfluss auf Lebensqualität und Gesundheit, besonders im Alter, haben. Im ersten Abschnitt dieses Kapitels wird beschrieben, wo die 65- bis unter 80-Jährigen wohnen, differenziert nach Ost- und Westdeutschland, nach Bundesländern und nach städtischen und ländlichen Siedlungsregionen. Im Anschluss werden die Eigentumsverhältnisse, die Versorgung mit Wohnraum und die Wohnkosten der 65- bis unter 80-Jährigen dargestellt und unter anderem nach regionalen Aspekten differenziert. Der darauf folgende Abschnitt befasst sich mit dem Angebot und dem Bedarf an barrierearmen oder altersgerechten Wohnungen. Im Weiteren werden das Wohnumfeld und dessen Bewertung durch die älteren Menschen sowie schließlich Umzüge und Wanderungsbewegungen innerhalb von Deutschland beschrieben.

» 07.1 Regionale Verteilung der Altersgruppe: Wo wohnen die älteren Menschen?

Die Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Amtes des Bundes und der Länder auf Basis des Zensus 2011 gibt Auskunft über die regionale Verteilung der Bevölkerung im Alter von 65 bis unter 80 Jahren nach Bundesländern (vgl. Tabelle 94).

Die insgesamt größte Anzahl der 65- bis unter 80-Jährigen lebte Ende 2016 mit 2,6 Millionen Personen in Nordrhein-Westfalen, gefolgt von Bayern, mit 1,9 Millionen Personen dieser Altersgruppe. In Nordrhein-Westfalen und Bayern stellte sie 14,7 % bzw. 14,6 % der Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt 2018k).

Bevölkerung nach Bundesländern

Bundesland	65 bis unter 80 Jahre (absolute Zahlen)	In Prozent der Gesamtbevölkerung
Baden-Württemberg	1.554.101	14,2
Bayern	1.884.187	14,6
Berlin	510.020	14,3
Brandenburg	425.872	17,1
Bremen	102.830	15,1
Hamburg	240.881	13,3
Hessen	914.158	14,7
Mecklenburg-Vorpommern	272.567	16,9
Niedersachsen	1.236.197	15,6
Nordrhein-Westfalen	2.630.407	14,7
Rheinland-Pfalz	613.687	15,1
Saarland	162.563	16,3
Sachsen	737.139	18,1
Sachsen-Anhalt	413.178	18,5
Schleswig-Holstein	480.885	16,7
Thüringen	389.123	18,0
Bundesgebiet	12.567.795	15,2

» Tab. 94: Bevölkerung im Alter von 65 bis unter 80 Jahren nach Bundesländern am 31.12.2016 (absolut und in Prozent an der jeweiligen Gesamtbevölkerung). Quelle: © Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018; Datenbasis: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes; Ergebnisse auf der Grundlage des Zensus 2011.

Prozentual gesehen verzeichneten allerdings die ostdeutschen Bundesländer mit geringerer Gesamtbevölkerung die höchsten Anteile an älteren Menschen: In Sachsen-Anhalt (18,5 %), Sachsen (18,1 %) und Thüringen (18,0 %) war laut Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus 2011 zum Jahresende 2016 fast ein Fünftel der EW 65 bis unter 80 Jahre alt; in Mecklenburg-Vorpommern

traf dies für 16,9 % der Bevölkerung zu. Unter dem bundesdeutschen Durchschnitt von 15,2 % lagen die Stadtstaaten und westdeutschen Bundesländer – mit Ausnahme des Saarlandes (16,3 %), Niedersachsens (15,6 %) und Schleswig-Holsteins (16,7 %) – mit Anteilen von 13,3 % (Hamburg), 14,2 % (Baden-Württemberg), 14,3 % (Berlin), 14,6 % (Bayern), Hessen (14,7 %) und 15,1 % (Bre-

Anteil der älteren Bevölkerung nach Regionstypen (in Prozent)

Regionstyp	65 bis unter 75 Jahre	75 Jahre und älter
Regionen mit Verdichtungsansätzen Ost	12,4	13,0
Ländliche Regionen Ost	11,5	12,3
Städtische Regionen Ost	10,5	10,1
Ländliche Regionen West	10,3	10,6
Städtische Regionen West	10,1	10,3
Regionen mit Verdichtungsansätzen West	10,1	10,5

» Tab. 95: Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 bis unter 75 Jahren sowie 75 Jahren und mehr nach Regionstypen (in Prozent der jeweiligen regionalen Gesamtbevölkerung am 01.01.2014). Quelle: BBSR Bonn 2017; Lizenz: dl-de/by-2-0 (www.govdata.de/dl-de/by-2-0); Datenbasis: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes des Bundes und der Länder; eigene Darstellung.

men und Rheinland-Pfalz) (Statistisches Bundesamt 2018k).⁶⁵

Die Raubeobachtung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) erfasst die räumliche Verteilung der EW nach Alter bezogen auf Siedlungsraumtypen. Dabei werden städtische Regionen, Regionen mit Verdichtungsansätzen und ländliche Regionen in Ost- und Westdeutschland unterschieden (vgl. Abbildung 38).⁶⁶ Tabelle 95 zeigt, dass die »Regionen mit Verdichtungsansätzen Ost« mit 12,4 % bzw. 13,0 % den im Vergleich höchsten Anteil von Menschen im Alter von 65 bis unter 75 bzw. ab 75 Jahren aufweisen. Im Gegensatz dazu werden in den »städtischen Regionen

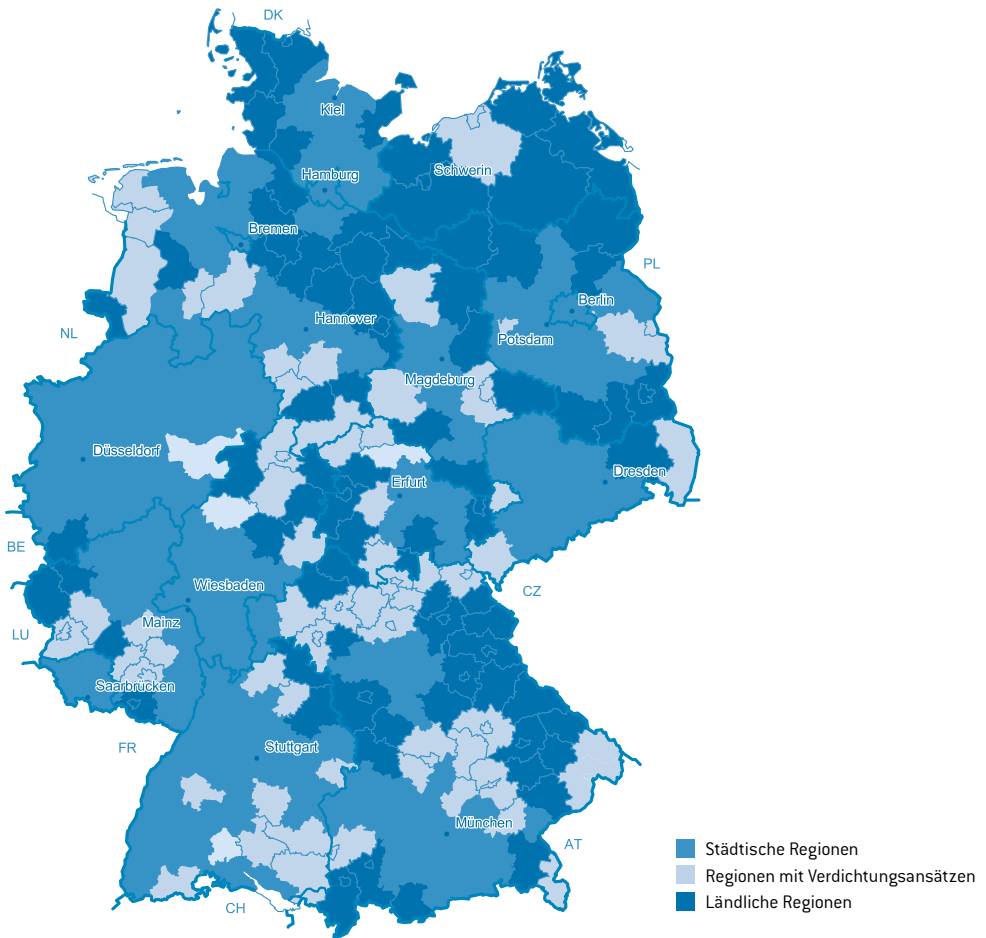
West« und in den »Regionen mit Verdichtungsansätzen West« die relativ wenigsten Personen in diesen Altersgruppen gezählt.

Nach der Prognose des BBSR, die in Tabelle 96 abgebildet ist, wird der Anteil der 60- bis unter 80-Jährigen an der Gesamtbevölkerung in Deutschland bis zum Jahr 2035 gegenüber dem Jahr 2012 nur wenig auf 26,9 % und die Bevölkerung im Alter von 80 Jahren und mehr ausgesprochen stark auf 8,9 % anwachsen, während ein Rückgang der Gesamtbevölkerung um 2,8 % erwartet wird (BBSR 2017). Es wird davon ausgegangen, dass sich der Zuwachs in beiden Altersgruppen regional sehr unterschiedlich gestalten wird. Für die ostdeutschen

65 Diese Zahlen müssen im Zusammenhang mit der Arbeitsplatz- und Bildungswanderung betrachtet werden: Sämtliche ostdeutschen Länder haben ein teilweise hohes negatives Saldo in diesen Bereichen, während Hamburg und Berlin jeweils zweistellige Zuwanderungsraten vorweisen, d. h. der hohe Anteil älterer Menschen in den ostdeutschen Bundesländern beruht vor allem auf der Abwanderung der jüngeren Altersgruppen.

66 Den städtischen Regionen ordnet das BBSR Regionen »mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mind. 50 % mit einer Einwohnerdichte von mind. 150 E./km² sowie Stadt-Land-Regionen mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mind. 150 E./km² « zu (BBSR 2018). Zu den Regionen mit Verdichtungsansätzen zählt das BBSR Regionen »mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mind. 50 %, aber einer Einwohnerdichte unter 150 E./km² sowie Stadt-Land-Regionen mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50 % mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mind. 100 E./km²« (ebd.). Ländliche Regionen sind Regionen »mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50 % mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte unter 100 E./km²« (ebd.).

Siedlungsstrukturelle Regionstypen



» Abb. 38: Siedlungsstrukturtypen der Stadt-Land-Regionen 2014. Quelle: BBSR Bonn 2018; Lizenz: dl-de/by-2.0 (www.govdata.de/dl-de/by-2.0); Datenbasis: Laufende Raumbeobachtung des BBSR; Geometrische Grundlage: Gemeinden (generalisiert), 31.12.2014; © GeoBasis-DE/BKG, Bearbeitung: P. Kuhlmann.

Bundesländer mit Ausnahme Berlins prognostiziert das BBSR einen Rückgang der Gesamtbevölkerung von 2012 bis 2035 zwischen 6,7 % in Brandenburg bis hin zu 21,3 % in Sachsen-Anhalt. In Westdeutschland wird nur dem Saarland mit 10,1 % ein

vergleichbar starker Bevölkerungsrückgang bis 2035 vorhergesagt. Die Altersgruppe von 60 bis unter 80 Jahren wird nach dieser Prognose anteilmäßig am stärksten an der Gesamtbevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern (31,6 %), Sachsen-

Bevölkerungsprognose für das Jahr 2035 nach Bundesländern (in Prozent)

Region	60 bis unter 80 Jahre	80 Jahre und mehr
Bund	26,9	8,9
Baden-Württemberg	25,7	8,4
Bayern	26,5	8,3
Berlin	23,0	7,9
Brandenburg	31,4	10,4
Bremen	24,9	8,8
Hamburg	22,1	7,0
Hessen	26,2	8,7
Mecklenburg-Vorpommern	31,6	11,4
Niedersachsen	27,9	8,9
Nordrhein-Westfalen	26,7	8,5
Rheinland-Pfalz	27,8	9,1
Saarland	29,0	9,8
Sachsen	28,4	11,6
Sachsen-Anhalt	31,4	11,9
Schleswig-Holstein	28,2	9,1
Thüringen	31,0	11,6

>> Tab. 96: Prognostizierte Anteile der Bevölkerung im Alter von 60 bis unter 80 Jahren sowie 80 Jahren und mehr an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2035 nach Region (in Prozent). Quelle: BBSR Bonn 2017; Lizenz: dl-de/by-2-0 (www.govdata.de/dl-de/by-2-0); Datenbasis: Raumordnungsprognose 2035 des BBSR 2016; eigene Darstellung.

Anhalt und Brandenburg (je 31,4 %) und Thüringen (31,0 %) vertreten sein. Die geringsten Anteile der Altersgruppe werden die Stadtstaaten Hamburg (22,1 %), Berlin (23,0 %) und Bremen (24,9 %) aufweisen. Eine ähnliche regionale Verteilung zeigt sich mit Blick auf die Bevölkerung im Alter von 80 Jahren und mehr. Auch hier werden die höchsten Anteile für die ostdeutschen Bundesländer prognostiziert. Den größten Anteil werden die Hochaltri-

gen mit prognostizierten 11,9 % in Sachsen-Anhalt stellen.

Bedingt durch die Gestaltung der Rahmenbedingungen der Einwanderung nach Deutschland seit den 1950er Jahren stellen Menschen mit Migrationshintergrund in städtischen Regionen einen weitaus größeren Teil der Bevölkerung als in ländlichen Räumen: Wie Tabelle 97 zeigt, lebten im Jahr 2016 insgesamt 87,1 % der 65- bis unter

Bevölkerung nach nicht-administrativen Gebietseinheiten (in Prozent)

Regionstyp	Bevölkerung im Alter von 65 bis unter 80 Jahren	
	Ohne Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund
Städtische Regionen	43,9	60,7
Regionen mit Verstärkerungsansätzen	31,5	26,4
Ländliche Regionen	24,5	12,9

» Tab. 97: Bevölkerung im Alter von 65- bis unter 80 Jahren mit und ohne Migrationshintergrund im Jahr 2016 nach nicht-administrativen Gebietseinheiten (in Prozent; gerundet). Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, Sonderauswertung; Datenbasis: Mikrozensus 2016; eigene Berechnung und Darstellung.

80-Jährigen mit Migrationshintergrund in städtischen Regionen oder Regionen mit Verstärkerungsansätzen (Statistisches Bundesamt 2017a, Sonderauswertung; eigene Berechnung). Nur 12,9 % der Altersgruppe mit Migrationshintergrund lebten 2016 in ländlichen Regionen, während bei den 65- bis unter 80-Jährigen ohne Migrationshintergrund fast ein Viertel im ländlichen Raum lebte (ebd.).

Damit hatten im Jahr 2016 in städtischen Regionen 15,5 % der 65- bis unter 80-Jährigen einen Migrationshintergrund, d. h. fast jede sechste Person dieser Altersgruppe (Statistisches Bundesamt 2017a, Sonderauswertung). In Regionen mit Verstärkerungsansätzen lag ihr Anteil bei 10,0 % und in ländlichen Regionen bei nur 6,5 % der Altersgruppe (ebd.).

Entsprechend der unterschiedlichen Verteilung älterer Menschen mit Migrationshintergrund auf ländliche und verdichtete Regionen, unterscheiden sich auch die Anteile zwischen den Bundesländern. In der gesamten Altersgruppe 65 Jahre und Ältere. Personen mit Migrationshintergrund im Alter von 65 Jahren und mehr zwischen 10,1 % in Rheinland-Pfalz und 16,4 % in Baden-Württemberg an der jeweiligen Gesamtbevölkerung dieser Altersgruppe (vgl. Tabelle 112 auf Seite 208 auf Basis des Mikrozensus 2016). In den norddeutschen Bundes-

ländern war der Anteil älterer Menschen mit Migrationshintergrund an der Altersgruppe geringer und reichte von 6,3 % in Schleswig-Holstein bis 8,8 % in Niedersachsen (das Saarland lässt sich mit 8,4 % ebenfalls dieser Ländergruppe zuordnen) (ebd.). In den ostdeutschen Bundesländern hatten nur zwischen 2,2 % (Sachsen) und 2,9 % (Mecklenburg-Vorpommern) der Personen im Alter von 65 Jahren und mehr einen Migrationshintergrund (ebd.).

» 07.2 Eigentumsverhältnisse, Versorgung mit Wohnraum und Wohnkosten

Wie viele ältere Menschen wohnen in ihren eigenen vier Wänden? Daten zur Eigentümerquote von Seniorenhaushalten, d. h. von Haushalten, bei denen diejenige Person, die das Haupteinkommen bezieht, 65 Jahre und älter ist, finden sich in der Zusatzerhebung Wohnen des Mikrozensus 2014. Danach lebten im Jahr 2014 bundesweit 54,9 % der Seniorenhaushalte im selbst genutzten Wohneigentum (Statistisches Bundesamt 2016d, S. 327). In Westdeutsch-

land (ohne Berlin) wiesen die ab 65-Jährigen mit 59,8 % im altersgruppenübergreifenden Vergleich die höchste Eigentümerquote auf (ebd., S. 329).

In den ostdeutschen Bundesländern (einschließlich Berlin) wohnte demgegenüber mit 37,1 % nur etwas mehr als ein Drittel der Altersgruppe im Eigentum statt zur Miete. Die höchste Eigentumsquote fand sich dort bei den 60 bis unter 65-Jährigen, die zu 45,5 % im eigenen Eigentum lebten (ebd., S. 331). Das große West-Ost-Gefälle, das insbesondere in der Altersgruppe ab 65 Jahren besteht, lässt sich darauf zurückführen, dass »in der ehemaligen DDR die Bildung privaten Wohneigentums die Ausnahme war« (Kott u. a. 2016b, S. 265).

Daten des DEAS zeigen, dass der Anteil von älteren Migrantinnen und Migranten – betrachtet wurde hier die Altersgruppe ab 50 Jahre –, die im eigenen Eigentum wohnen, deutlich geringer ist als in der gleichaltrigen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Während letztere im Jahr 2008 zu etwa zwei Dritteln im eigenen Eigentum wohnen, traf dies für nur etwa ein Drittel der (Spät-) Aussiedlerinnen und -Aussiedler und knapp 30 % der Arbeitsmigrantinnen und -migranten mit Zuzug zwischen 1956 und 1973 zu (vgl. Hoffmann und Romeu Gordo 2016, S. 71).

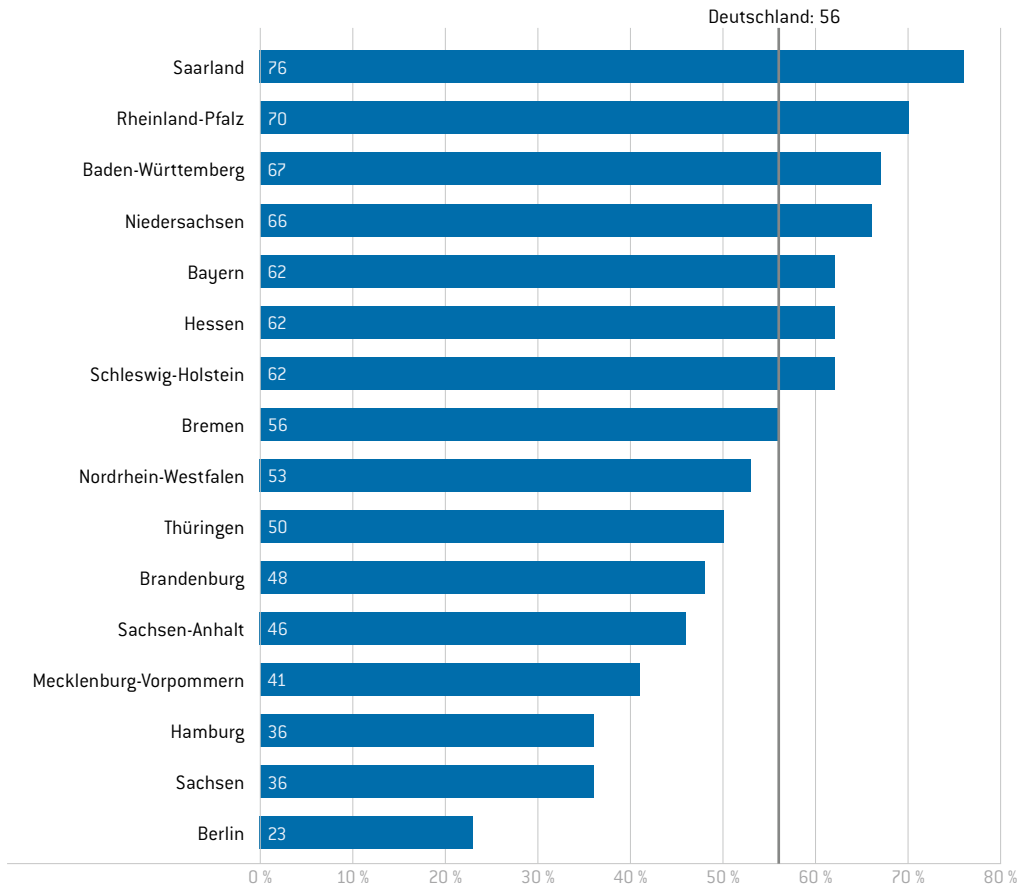
Im Zensus 2011 wurden die Eigentumsquoten nach Bundesländern erhoben (vgl. Abbildung 39 nach Statistisches Bundesamt 2014, S. 3). Am höchsten war die Eigentumsquote danach im Saarland, wo drei Viertel der älteren Menschen im selbst genutzten Eigentum lebten, gefolgt von Rheinland-Pfalz (70 %), Baden-Württemberg (67 %) und Niedersachsen (66 %). Unterdurchschnittlich ist die Eigentümerquote bei den Seniorenhaushalten hingegen in Nordrhein-Westfalen, Hamburg und in den ostdeutschen Bundesländern. Die geringsten Anteile von selbst genutztem Wohneigentum fanden sich mit Abstand in Berlin, wo nicht einmal ein

Viertel (23 %) der Seniorenhaushalte in der eigenen Immobilie lebte.

Wie groß sind die Wohnungen der älteren Menschen? Auch hierzu liefert die Zusatzerhebung Wohnen des Mikrozensus 2014 Daten (vgl. Tabelle 98 auf Seite 182). Danach lebten im Jahr 2014 bundesweit 1,9 % der Seniorenhaushalte in Wohnungen mit einer Fläche von weniger als 40 m²; rund 16 % der Haushalte hatten 40 bis unter 60 m² zur Verfügung, und ein gutes Viertel der Haushalte bewohnte Wohnungen mit einer Größe von 60 bis unter 80 m². Ebenso groß – nämlich etwa ein Viertel – war im bundesweiten Durchschnitt der Anteil derer, deren Wohnung 120 m² und größer war.

Diese Zahlen verdecken jedoch die großen Unterschiede zwischen Eigentümer- und Mieterhaushalten sowie zwischen West und Ost: In Westdeutschland (ohne Berlin) lebte mit 43,9 % fast jeder zweite Seniorenhaushalt, der Eigentum bewohnte, in Wohnungen mit einer Größe von 120 m² und mehr; in Ostdeutschland traf dies nicht einmal für ein Viertel der Seniorenhaushalte mit Eigentum an der bewohnten Wohnung zu (23,6 %). Und während in Ostdeutschland 42,2 % der zur Miete wohnenden Seniorenhaushalte eine Fläche von 40 bis unter 60 m² zur Verfügung hatten, war deren Anteil in Westdeutschland mit 26,5 % nur etwas mehr als halb so groß. Dafür lebte fast ein Fünftel der Seniorenhaushalte, die in Westdeutschland zur Miete wohnten, auf Wohnflächen von 80 bis unter 100 m²; in Ostdeutschland waren es nur 7,9 %. Dementsprechend stand den Personen in Eigentümerseniorenhaushalten in Westdeutschland mit durchschnittlich 68 m² die größte Wohnfläche je Person zur Verfügung; die durchschnittlich geringste Fläche bewohnten mit immer noch 43,0 m² pro Person Seniorenhaushalte, die in Ostdeutschland zur Miete wohnten (Statistisches Bundesamt 2016d, S. 369–385; eigene Berechnung der Anteile).

Seniorinnen und Senioren mit selbst genutztem Wohneigentum



» Abb. 39: Anteil der Personen im Alter von 65 Jahren und mehr mit selbst genutztem Wohneigentum [in Prozent]. Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2014, S. 3; © Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Hamburg, 2014 (im Auftrag der Herausgebergemeinschaft); Datenbasis: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Zensus 2011; Darstellung verändert.

Bei der Bewertung dieser Daten ist zu beachten, dass die Lebenssituation von Menschen, die dauerhaft in Einrichtungen, etwa in Pflegeheimen, leben und denen dort im Allgemeinen eine deutlich geringere Wohnfläche zur Verfügung steht, im Mikrozensus nicht erfasst wird.

Wie stark werden die älteren Menschen durch die Kosten belastet, die das Wohnen verursacht? Nach den Daten der Zusatzerhebung Wohnen des Mikrozensus wendeten zur Hauptmiete wohnende Seniorenhaushalte im Jahr 2014 bundesweit durchschnittlich 29,6 % des ihnen monatlich zur Verfü-

Seniorenhaushalte nach Art der Nutzung der Wohnung

Region	Art der Nutzung	Seniorenhaushalte (in Tausend)	Davon in Wohnungen mit einer Fläche nach Quadratmeter (in Prozent)						Quadratmeter	
			Unter 40	40 bis 60	60 bis 80	80 bis 100	100 bis 120	120 und mehr	Fläche je Wohnung	Fläche je Person
Deutschland	Eigentümer	6.058	0,2	3,4	14,6	20,8	20,1	41,0	111,4	66,3
	Hauptmieter	4.817	3,9	31,3	39,7	15,4	5,5	4,3	68,9	48,2
	Insgesamt	10.876	1,9	15,7	25,7	18,4	13,6	24,7	92,6	59,0
Früheres Bundesgebiet ohne Berlin	Eigentümer	5.181	0,3	2,9	13,4	19,9	19,5	43,9	113,8	68,0
	Hauptmieter	3.365	3,5	26,5	39,1	18,6	6,8	5,4	71,9	50,5
	Insgesamt	8.546	1,5	12,1	23,5	19,4	14,5	28,8	97,3	61,8
Neue Länder einschließlich Berlin	Eigentümer	878	/	6,0	21,3	25,9	23,1	23,6	97,6	56,8
	Hauptmieter	1.452	4,8	42,2	41,2	7,9	2,3	1,5	62,1	43,0
	Insgesamt	2.330	3,0	28,5	33,7	14,7	10,1	9,9	75,5	48,8

/ = keine Angabe, da Zahlenwert nicht sicher genug

>> Tab. 98: Seniorenhaushalte (haupteinkommensbeziehende Person im Alter von 65 Jahren und mehr) nach Region, Art der Nutzung der Wohnung (ohne Untermieter) sowie Fläche (absolut in Tausend und in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2016d, S. 369-385; Datenbasis: Mikrozensus 2014, Zusatzhebung Wohnen; eigene Berechnung der Prozente.

Seniorenhaushalte nach Mietbelastung										
Region	Seniorenhaushalte (Hauptmieter) (in Tausend)	Davon mit einer monatlichen Mietbelastung von ... bis unter ... Prozent des Haushaltsnettoeinkommens (in Prozent)								
		Unter 10	10 bis 15	15 bis 20	20 bis 25	25 bis 30	30 bis 35	35 bis 40	40 und mehr	Durchschnittliche Mietbelastungs- quote (in Prozent)
Deutschland	4.315	5,0	4,4	11,6	16,2	16,7	13,9	10,9	21,3	29,6
Früheres Bundes- gebiet ohne Berlin	2.940	5,6	3,4	8,5	13,6	16,0	14,6	12,1	26,0	31,4
Neue Länder einschließlich Berlin	1.375	3,7	6,4	18,0	21,8	18,3	12,4	8,3	11,0	26,0

» Tab. 99: Seniorenhaushalte (haupteinkommensbeziehende Person im Alter von 65 Jahren und mehr), die zur Hauptmiete wohnen, nach Region und Mietbelastung in Mietwohnun-
gen, ohne 557.000 Haushalte, die angaben, keine Bruttokaltmiete zu zahlen (nicht: die Höhe der Bruttokaltmiete nicht kennen) [absolut in Tausend und in Prozent], Quelle:
Statistisches Bundesamt (Destatis) 2016d, S. 435-445; Datenbasis: Mikrozensus 2014, Zusatzerhebung Wohnen; eigene Berechnung der Prozente.

gung stehenden Haushaltsnettoeinkommens für die Miete auf – 31,4 % in Westdeutschland (ohne Berlin) und 26,0 % in Ostdeutschland (einschließlich Berlin) (Statistisches Bundesamt 2016d, S. 435–445; vgl. auch Tabelle 99). Ein Viertel der Seniorenhaushalte in Westdeutschland musste gar 40 % des Nettohaushaltseinkommens und mehr für die Miete ausgeben. In Ostdeutschland traf dies nur für gut jeden zehnten Haushalt zu. Hier machen sich die in Ostdeutschland im Durchschnitt geringeren Wohnungsgrößen bemerkbar, möglicherweise auch Unterschiede in der Ausstattung, beispielsweise hinsichtlich des Modernisierungsstandes. Zu beachten ist außerdem, dass »die Aussagekraft der Mietbelastungsquote [...] abhängig [ist] von der Genauigkeit der Angabe zum Haushaltsnettoeinkommen und zur Miete der Befragten. Da nicht sichergestellt werden kann, dass die Sozialleistungen im Haushaltsnettoeinkommen richtig erfasst werden, können die Quoten bei Leistungsempfängern von der tatsächlichen Belastung abweichen.« (Statistisches Bundesamt 2016d, S. 448)

Der DEAS liefert ebenfalls Daten zur monatlichen Wohnkostenbelastung in Prozent des Haushaltseinkommens (vgl. Nowossadeck und Engstler 2017 sowie Mahne u. a. 2017, S. 71–72, Tabelle A 19-3). Diese Daten beziehen nicht nur Haushalte ein, die zur Hauptmiete wohnen, sondern auch Eigentümer mit und ohne Immobiliendarlehen und differenzieren zudem nach Altersgruppen, Region und Geschlecht. Tabelle 135 auf Seite 226 ist zu entnehmen, dass Mieterinnen und Mieter 2014 durchschnittlich einen höheren Anteil ihres Haushaltseinkommens für die Wohnkosten 2014 aufwendeten als 1996. Während Männer wie Frauen, die zur Miete wohnten, 2014 in Ost- wie Westdeutschland gut ein Drittel ihres Einkommens oder mehr für die Miete ausgaben, lag die Wohnkostenbelastung bei Eigentümern, die keine Immobiliendarlehen mehr abbezahlen mussten, zwischen 12,9 % (55- bis 69-jährige Männer in

Westdeutschland) und 24,6 % (70- bis 85-jährige Frauen in Ostdeutschland). Eigentümer, die noch Kredite zu tilgen hatten, waren hierdurch ähnlich stark belastet wie zur Miete Wohnende. Am stärksten schlugen die Wohnkosten laut DEAS 2014 mit 40,7 % des monatlichen Haushaltseinkommens bei den 70- bis 85-jährigen zur Miete lebenden Frauen in Westdeutschland zu Buche.

» 07.3 Wohnformen im Alter und altersgerechtes Wohnen

Die überwiegende Mehrheit der älteren Menschen möchte in der eigenen, vertrauten Wohnung ihren Lebensabend verbringen. Laut der Ergebnisse einer durch das Wissenschaftliche Institut der AOK beauftragten bevölkerungsrepräsentativen Telefonbefragung von 2.006 Personen im Alter von 50 bis unter 80 Jahren im Jahr 2014 hat sich aber fast die Hälfte der Befragten schon einmal mit »Betreutem Wohnen«, knapp ein Drittel mit »24-Stunden-Pflege«, fast ein Viertel mit einem »Mehrgenerationenhaus«,⁶⁷ gut ein Fünftel mit einer »Senioren- oder Alten-WG« und gut ein Zehntel (11,8 %) mit einem Pflegeheim im Ausland »näher beschäftigt« (Zok und Schwinger 2015, S. 33).

Die Werte unterscheiden sich nach Alter, Geschlecht, der eigenen Erfahrung mit Pflegebedürftigkeit sowie Schulbildung und Haushaltseinkommen (ebd., S. 31–32). Als vergleichsweise positiv werden das Konzept des Betreuten Wohnens sowie des Mehrgenerationenhauses wahrgenommen, die insgesamt 54,1 % (Betreutes Wohnen) bzw. 51,8 % (Mehrgenerationenhaus) der Befragten »sehr attraktiv« oder »attraktiv« fanden (ebd., S. 27). Allerdings glaubten 31,0 % der Befragten, sich ein Betreutes Wohnen nicht leisten zu können. Das Konzept der 24-Stunden-Pflege fanden 41,1 % attraktiv bzw. sehr attraktiv. Senioren- bzw. Alten-WGs erhielten einen Zustimmungswert von 39,0 %. Für etwa 27,2 % war »das Zusammenleben mit Fremden« ein gewichtiges Argument gegen eine Wohngemeinschaft, 39,0 % sahen hingegen in den sozialen Kontakten ein wichtiges Argument dafür (ebd., S. 39).

Der weit überwiegende Teil der älteren Menschen lebt jedoch in einer »normalen« Wohnung,⁶⁸ und zwar auch bei Pflegebedürftigkeit. Laut der amtlichen Pflegestatistik wurden im Jahr 2015 fast drei Viertel aller Pflegebedürftigen (72,6 % bzw. rund 2,1 Millionen Personen) in der eigenen Wohnung gepflegt (Statistisches Bundesamt 2017m, S. 9; vgl. Kapitel 05 auf Seite 124). Nicht nur zur Förderung der Lebensqualität von Pflegebedürftigen, sondern auch zur Entlastung der Pflegenden sind daher altersgerechte Wohnungen und – bei Bedarf – Einrichtungen (z. B. Senioren- oder Pflegebetten) besonders wichtig.

67 In der Befragung wurde unter einem »Mehrgenerationenhaus« eine »Hausgemeinschaft verstanden, in der – so lautete der einleitende Text – mehrere Generationen, d. h. Junge und Alte, unter einem Dach leben und sich gegenseitig unterstützen« (Zok und Schwinger 2015, S. 40). Die Wohnform »Mehrgenerationenhaus« ist von Einrichtungen und Aktivitäten der Gemeinwesenarbeit zu unterscheiden, wie sie z. B. im Rahmen des »Bundesprogramms Mehrgenerationenhaus« durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert wurden bzw. werden (vgl. Kapitel 07.4 auf Seite 189).

68 Nach Zahlen des Bundesverbandes der Freien Immobilien- und Wohnunternehmen (BFW) von 2008, auf die in der Studie »Wohnen im Alter« des BMVBS verwiesen wird, entspricht die Realität diesem Wunsch: ca. 93 % der Menschen im Alter 65 Jahre und älter leben in einer »normalen Wohnung«, etwa 7 % wohnen in Sonderwohnformen, wie Einrichtungen des betreuten Wohnens, Alten-Wohngemeinschaften oder Pflegeheimen (BFW 2008 nach BMVBS 2011, S. 27).

Entspricht der Wohnungsbestand den Bedürfnissen der älteren Menschen? Wie viele von ihnen leben bereits in altersgerechten Wohnungen? Die Beantwortung dieser Frage gestaltet sich schwierig, denn es gibt keine gesetzliche oder allgemeingültige Definition des Begriffes, in der Anforderungen an altersgerechtes Wohnen beschrieben oder verbindlich gemacht werden (BMVBS 2011, S. 25). Die Studie »Wohnen im Alter« des BMVBS legt daher folgende Definition zugrunde: »eine >altersgerechte Wohnung< umfasst nicht nur eine weitgehend barrierefreie/-reduzierte Wohnung, sondern auch ein barrierefreies/-reduziertes Wohnumfeld, die ortsnahe Verfügbarkeit wesentlicher Infrastruktureinrichtungen sowie soziale und pflegerische Unterstützungsangebote« (ebd., S. 25). Diese über die Wohnung hinausgehende Definition beruht auf der Erkenntnis, dass das selbstständige Wohnen im Alter nicht nur von der Barrierearmut der Wohnung selbst abhängt, sondern auch von der Qualität des Wohnumfeldes.⁶⁹

Die Mindestanforderungen an altersgerechtes Wohnen werden in diesem Zusammenhang wie folgt beschrieben: (1) die Zugänglichkeit des Hauses bzw. der Wohnung (nicht mehr als drei Stufen oder technische Hilfsmittel, wie Fahrstuhl, Treppenlift oder Rampe), (2) keine Stufen innerhalb der Wohnung oder technische Hilfsmittel zur Überwindung, (3) ausreichende Bewegungsflächen und Türbreiten im Sanitärbereich und

(4) bodengleiche Duschen (BMVBS 2011, S. 25). Damit folgt die Studie weitgehend der DIN-Norm zum barrierefreien Bauen von Wohnungen (DIN 18040-2), die zum Ziel hat, »durch die barrierefreie Gestaltung des gebauten Lebensraums weitgehend allen Menschen seine Benutzung in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zu ermöglichen« (DIN-Normenausschuss Bauwesen 2017).⁷⁰

Während davon ausgegangen werden kann, dass Sonderwohnformen wie beispielsweise Pflegeeinrichtungen weitgehend barrierearm sind, stellt sich die Frage, in welchem Umfang der normale Wohnungsmarkt altersgerechte bzw. barrierearme Wohnungen vorhält. Eine amtliche Statistik zum Bestand an barrierefreiem Wohnraum existiert derzeit nicht (vgl. BBSR 2014). Den wenigen, vorliegenden Quellen zufolge deckt der Bestand an barrierefreien bzw. -armen Wohnungen in Deutschland nicht den vorhandenen Bedarf (ebd., S. 35; vgl. auch KDA 2014).

Eine vom BMVBS beauftragte Studie stellte bereits 2011 einen Mangel an barrierereduziertem⁷¹ bzw. barrierefreiem Wohnraum fest (BMVBS 2011). Nach dieser waren nur 5,2 % der Haushalte von ab 65-Jährigen weitgehend barrierefrei (ebd., S. 40). Der Studie zufolge fehlt es den beteiligten Akteuren an Wissen über Möglichkeiten der Wohnungsanpassung sowie damit verbundene Kosten und mögliche Finanzierungswege (ebd., S. 13). Auch seien Wohnberatungsstellen nicht flächendeckend vorhanden

69 Indikatoren für eine Bewertung des Wohnumfeldes als »altersgerecht« werden allerdings in der Studie nicht angegeben. Maßgebliche DIN-Norm ist seit November 2014 die DIN 18040-3: Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen – Teil 3: Öffentlicher Verkehrs- und Freiraum.

70 Dabei wird unterschieden zwischen »barrierefrei nutzbaren Wohnungen« und »barrierefrei und uneingeschränkt mit dem Rollstuhl nutzbaren Wohnungen« (vgl. DIN-Normenausschuss Bauwesen 2017).

71 Im Gegensatz zu dem Begriff »barrierefrei«, den u. a. die DIN-18040-2 mit konkreten Ausführungsvorgaben untersetzt, ist der Begriff »barrierereduziert« ein völlig undefinierter Begriff. Ähnlich wie der Begriff »barrierearm« wird er in der Praxis aber gerne benutzt, um die Tatsache zu umschreiben, dass eine Wohnung (oder ein öffentlicher Raum) durchaus Barrieren unterschiedlichster Ausprägung aufweist, aber manche Barrieren – welche, hängt von dem jeweiligen Objekt ab – vermieden werden. Im DEAS meint »barrierereduziert« vor allem, dass es keine Stufen zur bzw. in der Wohnung gibt und die Türen zu Bad und WC eine lichte Breite von mindestens 80 cm aufweisen (vgl. Nowossadeck und Engstler 2017, S. 291).

Anteil Älterer in barrierereduzierten Wohnungen (in Prozent)

Alter	Westdeutschland			Ostdeutschland			Bundesgebiet		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
55 bis 69 Jahre	2,5	1,8	2,1	5,4	3,9	4,7	3,0	2,2	2,6
70 bis 85 Jahre	6,1	5,0	5,5	7,6	5,2	6,3	6,4	5,0	5,6

>> Tab. 100: Anteil der Älteren, die angibt in einer barrierereduzierten Wohnung zu leben im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: Mahne u. a. 2017, S. 73, Tabelle A 19-4; Lizenz: CC 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>); Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.

und die dort erbrachten Beratungsleistungen von unterschiedlicher Qualität (ebd.). In der Studie wird daher eine Ausweitung und Qualifizierung entsprechender Beratungsangebote empfohlen (ebd.).

Nach den Daten des Deutschen Alterssurvey (DEAS) lebten im Jahr 2014 insgesamt 2,6 % der 55- bis 69-Jährigen und 5,6 % der 70- bis 85-Jährigen in barrierereduzierten Wohnungen (Mahne u. a. 2017, S. 73). Aus Tabelle 100 geht hervor, dass der Anteil in Ostdeutschland mit 4,7 % in der jüngeren Altersgruppe mehr als doppelt so hoch war wie in Westdeutschland, wo 2,1 % angaben, in einer barrierereduzierten Wohnung zu leben. Bei den 70- bis 85-Jährigen fiel dieser Unterschied mit 6,3 % in Ostdeutschland und 5,5 % in Westdeutschland geringer aus. Diese Daten zeigen, dass insgesamt nur ein sehr kleiner Teil der Älteren in Deutschland in barrierereduzierten Wohnungen lebt. Treten im Verlauf des Alterwerdens – teilweise von einem Tag auf den anderen – Beeinträchtigungen ein, sind dann unter Umständen recht kurzfristig umfassende Anpassungen notwendig, wenn der Alltag in der gewohnten Wohnung aufrechterhalten werden soll.

Der DEAS enthält auch Angaben zum Anteil derjenigen, die ihre Wohnung ohne Treppenstufen erreichen können. Dass dies der Fall sei, gab im Befragungsjahr 2014 mehr als ein Drittel der Älteren (37,1 % der 55- bis 69-Jährigen, 35,2 % der 70- bis

85-Jährigen) in westdeutschen Bundesländern und ungefähr ein Viertel der Älteren (27,5 % der 55- bis 69-Jährigen, 24,0 % der 70- bis 85-Jährigen) in den ostdeutschen Bundesländern an (vgl. GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen sowie Tabelle 101 auf Seite 187). Bis zu zehn Treppenstufen mussten 37,9 % der befragten 55- bis 69-Jährigen in Westdeutschland und 38,3 % derjenigen in Ostdeutschland überwinden, mehr als zehn Treppenstufen ein Viertel der Westdeutschen und ein gutes Drittel der Ostdeutschen (34,3 %) (ebd.). Wenn die Befragten angaben, dass der Zugang zur Wohnung mehr als zehn Treppenstufen aufweisen würde, wurde danach gefragt, ob ein Fahrstuhl vorhanden sei. Ein Großteil der Befragten, die angaben, mehr als zehn Stufen überwinden zu müssen, nämlich 81,5 % in den westdeutschen und 86,3 % der Befragten im Alter von 55 bis 69 Jahren in den ostdeutschen Bundesländern, verneinte diese Frage (ebd.). In der Altersgruppe 70 bis 85 Jahre war der Anteil, der Treppen zu überwinden hatte, um die eigene Wohnung zu erreichen, in West- wie Ostdeutschland sogar etwas größer als in der jüngeren Altersgruppe, jedoch war auch etwas häufiger ein Fahrstuhl vorhanden. Dennoch stand nicht einmal einem Viertel der Befragten im Alter von 70 bis 85 Jahren, deren Wohnung über mehr als zehn Treppenstufen zu erreichen war, ein Fahrstuhl zur Verfügung (ebd.).

Zugang zur Wohnung (in Prozent)

Region	Altersgruppe	Die Wohnung ist zu erreichen:			
		Ohne Treppenstufen	Mit bis zu 10 Treppenstufen	Mit mehr als 10 Treppenstufen	Bei mehr als 10 Treppenstufen: Kein Fahrstuhl vorhanden
Deutschland	55 bis 69 Jahre	35,4	38,0	26,7	82,6
	70 bis 85 Jahre	33,0	41,3	25,7	78,3
Westdeutschland	55 bis 69 Jahre	37,1	37,9	25,0	81,5
	70 bis 85 Jahre	35,2	41,8	23,1	78,2
Ostdeutschland	55 bis 69 Jahre	27,5	38,3	34,3	86,3
	70 bis 85 Jahre	24,0	39,4	36,6	78,5

» Tab. 101: Zugang zur Wohnung nach Anzahl der Treppenstufen und Fehlen eines Fahrstuhls im Falle von mehr als zehn Treppenstufen im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © Gerostat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.

Rothgang u. a. (2015, S. 157–158) präsentieren eine Auswertung bevölkerungsrepräsentativer Daten des SOEP⁷² zur Situation in Privathaushalten im Jahr 2013. In der Erhebung wurde das Begriffspaar »altengerecht/barrierefrei« verwendet und war durch die Befragten selbst auszulegen. Entsprechend kommen deutlich höhere Anteile zustande als in der Erhebung des KDA: Nach diesen Daten war im bundesweiten Gesamtdurchschnitt knapp ein Fünftel (19,6 %) der Wohnungen von Privathaushalten altengerecht oder barrierefrei (ebd.). Wohnungen, in denen mindestens eine Person im Alter ab 65 Jahren lebte, waren zu rund 29 % altengerecht

oder barrierefrei (ebd.). Lebte mindestens eine pflegebedürftige Person im Haushalt, lag der Anteil altengerechter/barrierefreier Wohnungen bei 48,8 % (ebd.). Mehr als die Hälfte der Wohnungen, in denen pflegebedürftige Personen lebten, waren nach diesen Zahlen also nicht altengerecht/barrierefrei (ebd.). Der im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt niedrigere Anteil altengerechten/barrierefreien Wohnraums in Haushalten, in denen ein Pflegedienst hinzugezogen wurde, deutet nach Rothgang u. a. darauf hin, dass Pflegedienste teilweise zum Einsatz kommen, um die mangelnde Barrierefreiheit einer Wohnung auszugleichen (ebd., S. 160).

⁷² Gefragt wurde laut Rothgang u. a.: »Gehört zu Ihrer Wohnung eine altengerechte, barrierefreie Wohnungsausstattung?«, »Welches waren die wichtigsten Gründe (z. B. bisherige Wohnung war nicht alten-/behindertengerecht) für den Umzug in diese Wohnung?« sowie »Haben Sie oder Ihr Vermieter seit Anfang 2012 an dieser Wohnung eine oder mehrere Modernisierungen (z. B. Anpassungsmaßnahmen für barrierefreies, altengerechtes Wohnen, z. B. Aufzug, Rampe, Treppenlift, Bad) vorgenommen?« (S. 157 unter Bezug auf das SOEP). Damit werden einzelne Aspekte von Barrierearmut adressiert; eine Aussage über die tatsächliche Barrierefreiheit und Nutzbarkeit der Wohnung durch die Betroffenen scheint auf dieser Basis nicht möglich. Es stellt sich die Frage, ob bereits das Vorhandensein einer Toilettensitzerhöhung oder eines Haltegriffs im Bad dazu führen kann, dass eine Wohnung als »altengerecht/barrierefrei« angegeben wird, so dass der Anteil barrierefreien Wohnraums überschätzt wird.

Zur Bereitschaft älterer Menschen, ihre Wohnung altersgerecht umzubauen, liegen keine aktuellen Zahlen vor. Eine 2009 durch das KDA durchgeführte Befragung ergab, dass nur 16,9 % der Seniorenhaushalte zwischen 65 und 79 Jahren bereit waren, ihre Wohnung umzubauen. Dabei war die Umbaubereitschaft größer bei Befragten, die im eigenen Eigentum lebten: Selbstnutzende Wohneigentümerinnen und -eigentümer waren zu einem Fünftel (20,0 %) zum Umbau ihrer Wohnung bereit, Mieterhaushalte waren dies nur zu 8,7 % (Mietwohnung eines Privateigentümers) bzw. 10,0 % (Mietwohnung eines Wohnungsunternehmens). Ob die Gründe für die hohe Ablehnung mit den bei einem Umbau entstehenden Kosten und den baubegleitenden Unbequemlichkeiten erklärt werden können oder ob die Befragten keinen Anlass für einen Umbau sahen, geht aus der Studie nicht hervor.

Zum damaligen Zeitpunkt wurden in der Studie die Kosten für die Schaffung von Barrierefreiheit beim Zugang sowie im Innern einer nicht barrierefreien Wohnung auf durchschnittlich 19.200 Euro je Wohneinheit geschätzt. Unterstellt wurden 12.900 Euro für die »Beseitigung von Barrieren im Innenbereich« und 6.300 Euro für die »Verbesserung der Zugänglichkeit« (ebd., S 65). Angesichts des starken Anstiegs der Baukosten in Deutschland ist aktuell mit deutlich höheren Kosten zu rechnen.

Im Jahr 2014 wurde die Zuschussförderung der KfW im Programm »Altersgerecht Umbauen« wie-

der eingeführt. Beantragt werden können Zuschüsse, »um Barrieren in Wohngebäuden abzubauen und/oder den Schutz vor Wohnungseinbruch zu erhöhen« (BMG 2016, S 76); das Programm kann von privaten Eigentümerinnen und Eigentümern und von Mieterinnen und Mietern genutzt werden.

Seit 01.05.2015 wurden die Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung im Bereich der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen auf bis zu 4.000 Euro je Maßnahme erweitert, wobei als »eine Maßnahme« »alle Veränderungen des Wohnraumes« definiert sind, »die zum Zeitpunkt der Zuschussbewilligung erforderlich sind, um das Wohnen in der eigenen Häuslichkeit weiter zu ermöglichen« (Rothgang u. a. 2015, S. 161). Tabelle 102 zeigt, dass die Ausgaben der Pflegeversicherung für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen im Jahr 2015 bei 305 Millionen Euro lagen, was fast einer Verdopplung gegenüber dem Jahr 2014 (156 Millionen Euro) entspricht und mutmaßlich auf die erwähnte mit dem PSG I vorgenommene Erhöhung des möglichen Zuschusses auf maximal 4.000 Euro zurückzuführen ist (vgl. BMG 2016, S. 78).

Die Inanspruchnahme wohnumfeldverbessernder Maßnahmen im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung wird nicht im Rahmen der Pflegestatistik der Länder und des Bundes ausgewiesen. Rothgang u. a. präsentieren jedoch eine an Alter und Geschlecht der Anspruchsberechtigten angepasste Hochrechnung auf Basis von Routinedaten

Pflegeversicherungsausgaben für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
(in Millionen Euro)

Jahr	2011	2012	2013	2014	2015
Ausgaben für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	103,11	113,01	140,77	155,88	304,64

>> Tab. 102: Ausgaben der Pflegeversicherung in Millionen Euro für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 Abs. 4 SGB XI.
Quelle: BMG 2016, S. 78; Datenbasis: BMG; Darstellung verändert.

der BARMER GEK (vgl. Rothgang u. a. 2015, S. 162). Danach hat von 2012 bis 2014 nur ein kleiner Teil von etwa drei bis vier Prozent der Pflegebedürftigen Leistungen der Pflegeversicherung zur Umsetzung von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen in Anspruch genommen (ebd., S. 162–165). Unter der Berücksichtigung, dass Anpassungen in der Regel nur einmal durchgeführt werden müssen, kommen die Autorinnen und Autoren auf einen geschätzten Anteil von 10 % der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen insgesamt, der jemals entsprechende Leistungen beansprucht.

Im Jahr 2015 befragten Rothgang u. a. (2015) für den Pflegereport der Barmer GEK Pflegebedürftige, die im Jahr 2014 – d. h. noch vor Erhöhung des möglichen Zuschusses von 2.557 auf 4.000 Euro – keine Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen beantragt hatten. Fast die Hälfte (49,0 %) der Befragten gab als Grund hierfür an, keinen Wohnungsumbau zu benötigen, ein knappes Drittel (32,0 %) hatte sonstige Gründe, ähnlich viele (29,2 %) wussten nicht von der Möglichkeit der Zuschüsse. 8,4 % der Befragten hätten selbst zu viel bezahlen müssen und 5,4 % gaben an, zuvor bereits Zuschüsse erhalten zu haben (ebd., S. 181). Von 4,8 % wurde mit der Begründung kein Antrag gestellt, die Pflegeversicherung zahle nicht, was die betreffende Person benötige, und 2,5 % fehlte jemand, der bei der Antragstellung half (ebd.). Mehr als ein Viertel der Befragten (29,6 %), die bislang keinen Antrag gestellt hatten, signalisierte Bereitschaft bzw. den Wunsch nach Ein- oder Umbauten, 9,4 % hatten solche bereits privat finanziert umgesetzt (ebd., S. 182). 39,8 % von denjenigen, die zum Umbau bereit waren, und 45,6 % von denen, die bereits selbst angepasst hatten, kannten nicht die Möglichkeit des Zuschusses (ebd., S. 183).

Von den Befragten, die im Jahr 2014 Maßnahmen der Anpassung des Wohnumfeldes in Anspruch genommen hatten, ergänzten die meisten Pflege-

bedürftigen (ca. 75 %), die Zuschüsse mit Eigenmitteln (Rothgang u. a. 2015, S. 174–176). Umbaumaßnahmen wie der Umbau einer Dusche oder die Installation eines Treppenliftes führen schnell zu Eigenbeteiligungen von teilweise mehreren Tausend Euro (ebd.).

In einer Folgebefragung im Jahr 2016 zur Inanspruchnahme von Zuschüssen in 2015 hatten 16,7 % derjenigen, die 2015 einen zu hohen Eigenanteil als Hinderungsgrund angegeben hatten, eine Anpassungsmaßnahme durchgeführt; 8,0 % derjenigen, die im Vorjahr nichts von der Möglichkeit wussten (Rothgang u. a. 2016, S. 208–209).

Nach den Daten der Evaluationsstudie von TNS Infratest Sozialforschung (vgl. Kapitel 05 auf Seite 124) wussten 42 % der im Rahmen der Repräsentativerhebung in Privathaushalten im Jahr 2016 befragten Pflegebedürftigen von der Anhebung des Zuschusses für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (TNS Infratest Sozialforschung, S. 115–116). Fast ein Viertel (23 %) der Befragten gab an, jemals einen Zuschuss in Anspruch genommen zu haben, und zwar im Mittel je 2.994 Euro (ebd., S. 117). Diejenigen, die bis zum Befragungszeitraum keinen Zuschuss beantragt hatten, gaben zu zwei Dritteln als Grund fehlenden Bedarf an; für ein Zehntel der Befragten war die Höhe der Zuschüsse nicht ausreichend, um die Maßnahme bezahlen zu können, bei 15 % waren bauliche Umgestaltungen nicht möglich (ebd., S. 119). Ein deutlich geringerer Anteil als in der Befragung der BARMER GEK-Versicherten zwei Jahre zuvor, nämlich nur 12 %, gab an, die Möglichkeit dazu nicht zu kennen (ebd.).

» 07.4 Wohnumfeld

Mit zunehmendem Alter verkleinern sich die Aktionsräume des Menschen im Allgemeinen, die

Alltagswege werden kürzer und es werden weniger Orte aufgesucht (vgl. auch Kapitel 06.6 auf Seite 163, Abbildung 29 auf Seite 164). Ein selbstständiges Leben in der eigenen Wohnung ist für ältere Menschen, vor allem wenn sie unter einer eingeschränkten Mobilität oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden, daher oft nur möglich, wenn das Wohnumfeld eine ausreichende Infrastruktur vorhält, die nähräumliche Versorgung mit den Gütern des täglichen Bedarfs und die Inanspruchnahme ärztlicher Dienstleistungen gewährleistet ist und Angebote zur Mobilitätsunterstützung bestehen. Darüber hinaus ist das Wohnumfeld die räumliche Bezugsebene, in der Nachbarschaft gelebt und Nachbarschaftshilfe geleistet sowie soziale Kontakte geknüpft werden und die unmittelbarste Form der gesellschaftlichen Teilhabe stattfindet.

Vor diesem Hintergrund interessiert, wie ältere Menschen ihr Wohnumfeld bewerten. Daten hierzu liefert ebenfalls der DEAS aus dem Jahr 2014. In der Gesamtschau zeigt sich, dass zwar der überwiegende Teil der Älteren mit der Ausstattung ihres Wohnumfeldes zufrieden ist (vgl. Mahne u. a. 2017, S. 74, Tabelle 20-1; Nowossadeck und Mahne 2017, S. 305–307 sowie Tabelle 103 auf Seite 191). Doch für immerhin etwa 20 % bis 25 % der Befragten stellt sich dies anders dar: Sie erleben die Infrastruktur in der Wohnumgebung als nicht oder eher nicht ausreichend. Dabei haben sich die Bewertungen in Ost- und Westdeutschland gegenüber dem Jahr 2008 angeglichen. Während die Einschätzung in Westdeutschland im Jahr 2014 zum Teil negativer ausfiel als im Jahr 2008, ist für Ostdeutschland je nach Bereich und Kohorte teilweise eine deutlich positivere Bewertung zu konstatieren (ebd., S. 305). Nowossadeck und Mahne (ebd., S. 307) weisen zudem darauf hin, dass »Menschen, die auf die Nutzung eines Mobilitätshilfsmittels wie einer Gehhilfe, eines Rollators oder Rollstuhls angewie-

sen sind, [...] im Jahr 2014 das Angebot an Einkaufsmöglichkeiten und an Ärzten und Apotheken in ihrem Wohnumfeld negativer [bewerten] als Menschen, die nicht auf solche Hilfsmittel angewiesen sind [...]«.«

Im Jahr 2014 bewerteten nach den Daten des DEAS 75,2 % der 55- bis 69-Jährigen und 78,3 % der 70- bis 85-Jährigen die Einkaufsmöglichkeiten in ihrem Wohnumfeld als ausreichend (vgl. Mahne u. a. 2017, S. 74, Tabelle 20-1 sowie Tabelle 103 auf Seite 191). Männer äußerten sich in beiden Altersgruppen etwas zufriedener als Frauen, ältere Menschen in Westdeutschland etwas zufriedener als jene in Ostdeutschland (ebd.).

Etwa vier Fünftel der Befragten (78,9 % der 55- bis 69-Jährigen und 82,0 % der 70- bis 85-Jährigen) erachtete die Versorgung mit Arztpraxen und Apotheken als ausreichend (vgl. Tabelle 103 auf Seite 191). Auch in diesem Bereich ist der Anteil der Männer überwiegend etwas größer als der entsprechende Anteil der Frauen. Zu beobachten ist ein West-Ost-Gefälle, das mit 14,3 Prozentpunkten Unterschied bei den älteren Frauen besonders groß ausfällt: Während 83,9 % der 70- bis 85-jährigen Frauen in Westdeutschland die Versorgung mit Arztpraxen und Apotheken ausreichend fanden, traf dies in Ostdeutschland nur auf 69,6 % der befragten Frauen zu (ebd.). Angesichts der großen Bedeutung von ambulanter Versorgung für die Gesundheit älter werdender Menschen erscheint es problematisch, dass die Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen in Westdeutschland im Jahr 2014 zu einer negativeren Einschätzung hinsichtlich der Ausstattung kommt als dieselbe Altersgruppe im Jahr 2008. Bei den 70- bis 85-Jährigen ist eine solche Verschlechterung des Urteils nicht zu beobachten, aber auch in dieser Altersgruppe ist etwa ein Fünftel der Befragten unzufrieden mit der Gesundheitsinfrastruktur im Wohnumfeld.

Ausreichende Verfügbarkeit des Versorgungsangebotes (in Prozent)

Jahr	Alter/Infrastruktur	Westdeutschland			Ostdeutschland			Bundesgebiet		
		Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
2008	55 bis 69 Jahre									
	Einkaufsmöglichkeiten	82,1	81,4	81,7	67,5	71,7	69,7	79,3	79,5	79,4
	Ärzt/innen, Apotheken	85,4	87,3	86,4	65,2	67,8	66,6	81,6	83,6	82,6
	ÖPNV-Anbindung	75,2	80,0	77,7	69,5	80,2	75,0	74,2	80,0	77,2
	70 bis 85 Jahre									
	Einkaufsmöglichkeiten	82,2	80,2	81,0	71,7	62,4	66,3	80,3	76,7	78,2
	Ärzt/innen, Apotheken	85,4	82,7	83,9	68,4	61,5	64,3	82,3	78,5	80,1
	ÖPNV-Anbindung	78,5	77,3	77,8	77,9	73,6	75,4	78,4	76,6	77,4
2014	55 bis 69 Jahre									
	Einkaufsmöglichkeiten	77,4	73,6	75,4	76,6	71,6	74,1	77,2	73,3	75,2
	Ärzt/innen, Apotheken	80,6	78,8	79,7	74,7	76,1	75,4	79,5	78,3	78,9
	ÖPNV-Anbindung	72,8	70,7	71,7	74,4	71,7	73,1	73,1	70,9	72,0
	70 bis 85 Jahre									
	Einkaufsmöglichkeiten	81,8	77,1	79,2	77,9	72,3	74,8	81,0	76,1	78,3
	Ärzt/innen, Apotheken	84,5	83,9	84,2	78,1	69,6	73,3	83,2	80,9	82,0
	ÖPNV-Anbindung	75,5	78,2	77,0	82,2	79,5	80,7	76,9	78,5	77,8

» Tab. 103: Personen, die das jeweilige Versorgungsangebot im Wohnumfeld als ausreichend betrachten nach Jahr, Altersgruppe, Region und Geschlecht (in Prozent). Quelle: Mahne u. a. 2017, S. 74, Tabelle 20 1; Lizenz: CC 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>); Datenbasis: DEAS 2008 und 2014.

Wenn die Angebote im unmittelbaren Wohnumfeld nicht den Bedarfen entsprechen, wächst gerade im Alter die Bedeutung des öffentlichen Nahverkehrs. Auch die Pflege sozialer Kontakte zwischen Personen mit und ohne Beeinträchtigung wird durch Barrieren im Wohnumfeld und beim Zugang zur Wohnung erschwert. Gute Bus- und Bahnverbindungen zu Versorgungszentren können Defizite im Quartier ausgleichen. Die Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr erachteten im Jahr 2014 zwischen 70,7 % (55- bis 69-jährige

Frauen in Westdeutschland) und 82,2 % (70- bis 85-jährige Männer in Ostdeutschland) als ausreichend (vgl. Tabelle 103 auf Seite 191). Insbesondere die Frauen in Ost- wie Westdeutschland schätzten 2014 die ÖPNV-Anbindung schlechter ein als im Jahr 2008. Insgesamt stimmten die 55- bis 69-Jährigen seltener als die 70- bis 75-Jährigen der Aussage zu, dass ihr Wohnumfeld (eher) ausreichend an den ÖPNV angebunden sei (ebd.). Umgekehrt hielten 28,0 % der 55- bis 69-Jährigen und 22,2 % der 70- bis 85-Jährigen die ÖPNV-Anbindung

Kenntnis von Dienstleistungen (in Prozent)

Alter/Infrastruktur	Westdeutschland			Ostdeutschland			Bundesgebiet		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
55 bis 69 Jahre									
Begegnungsstätte/ Mehrgenerationenhaus	69,1	72,9	71,1	64,4	75,3	70,0	68,2	73,4	70,9
Seniorenberatungsstelle	45,2	52,0	48,7	32,5	43,4	38,1	42,8	50,4	46,7
Pflegeberatungsstelle	57,6	63,7	60,7	40,1	55,5	47,9	54,3	62,2	58,3
Wohnberatung	27,3	30,9	29,2	26,4	29,0	27,7	27,2	30,6	28,9
70 bis 85 Jahre									
Begegnungsstätte/ Mehrgenerationenhaus	74,5	75,8	75,2	71,7	75,2	73,6	73,9	75,6	74,9
Seniorenberatungsstelle	53,1	47,4	50,0	37,0	37,8	37,5	50,0	45,5	47,5
Pflegeberatungsstelle	59,3	59,2	59,3	42,3	50,3	46,8	56,1	57,4	56,8
Wohnberatung	25,7	28,0	26,9	24,9	28,6	26,8	25,6	28,1	26,9

>> Tab. 104: Personen, die Kenntnis von den jeweiligen Dienstleistungen haben im Jahr 2014 nach Altersgruppe, Region und Geschlecht (in Prozent). Quelle: Mahne u. a. 2017, S. 76, Tabelle 20 3; Lizenz: CC 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>); Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung auszugswise und verändert.

nicht für ausreichend. Daraus lässt sich schließen, dass etwa ein Fünftel bis ein Viertel der Älteren auf den eigenen PKW, ein Taxi, das Fahrrad oder Mitfahrgelegenheiten angewiesen ist, um außerhalb der eigenen Wohnung mobil zu bleiben. Das setzt bei ihnen entsprechende finanzielle Ressourcen (PKW, Taxi), Fahrtüchtigkeit und körperliche Fitness (PKW, Fahrrad) oder soziale Netzwerke (Mitfahrgelegenheiten) voraus.

Seniorenspezifische Dienstleistungen wie Begegnungsstätten/Mehrgenerationenhäuser,⁷³

Seniorenberatungsstellen, Pflegeberatungsstellen oder Wohnberatungsstellen waren im Jahr 2014 nach den Daten des DEAS sowohl den 55- bis 69-Jährigen als auch den 70- bis 85-Jährigen in höchst unterschiedlichem Ausmaß bekannt (vgl. Tabelle 104): In beiden Altersgruppen kannten fast drei Viertel der Älteren eine Begegnungsstätte oder ein Mehrgenerationenhaus. Pflegeberatungs- sowie Seniorenberatungsstellen waren etwas mehr bzw. etwas weniger als der Hälfte bekannt. Wohnberatungsstellen, die sich als hilfreich erweisen sollten,

73 »Unter »Begegnungsstätten/Mehrgenerationenhäuser« werden im DEAS 2014 Begegnungsstätten für Seniorinnen und Senioren oder Mehrgenerationenhäuser, z. B. von Kirchengemeinden oder Wohlfahrtsverbänden wie der AWO verstanden« [Nowossadeck 2016, S. 2]. Hierunter fallen vermutlich überwiegend Einrichtungen der Gemeinwesenarbeit wie sie z. B. durch das Bundesprogramm »Mehrgenerationenhäuser« durch das BMFSFJ gefördert wurden bzw. werden. Diese sind von der Wohnform »Mehrgenerationenhaus« zu unterscheiden (vgl. Kapitel 07.3 auf Seite 184).

Nutzung von Dienstleistungen (in Prozent)

Alter/Infrastruktur	Westdeutschland			Ostdeutschland			Bundesgebiet		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
55 bis 69 Jahre									
Begegnungsstätte/ Mehrgenerationenhaus	5,2	6,8	6,1	4,7	11,0	8,2	5,1	7,6	6,5
Seniorenberatungsstelle	6,9	6,8	6,8	2,8	7,3	5,4	6,3	6,9	6,6
Pflegeberatungsstelle	14,7	11,9	13,2	7,6	16,1	12,6	13,7	12,6	13,1
Wohnberatung	7,2	8,0	7,7	2,3	4,6	3,5	6,3	7,4	6,9
70 bis 85 Jahre									
Begegnungsstätte/ Mehrgenerationenhaus	15,5	25,1	20,9	20,9	25,0	23,3	16,5	25,1	21,3
Seniorenberatungsstelle	9,2	9,9	9,6	6,1	12,5	9,8	8,8	10,3	9,6
Pflegeberatungsstelle	10,3	13,1	11,9	10,0	20,3	16,2	10,3	14,4	12,6
Wohnberatung	6,5	7,1	6,8	8,1	12,2	10,6	6,7	8,1	7,5

» Tab. 105: Personen, die ihnen bekannte Dienstleistungen bereits genutzt haben im Jahr 2014 nach Altersgruppe, Region und Geschlecht (in Prozent). Quelle: Mahne u. a. 2017, S. 77, Tabelle 20 4; Lizenz: CC 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>); Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.

wenn die Notwendigkeit oder der Wunsch besteht, Wohnraum anzupassen oder eine für die individuellen Voraussetzungen geeignete Wohnform zu finden, kennt jedoch nur etwas mehr als ein Viertel der Befragten in beiden Altersgruppen. Dieser geringe Bekanntheitsgrad ergänzt die (negativen) Anmerkungen zu der Beratungsqualität von Wohnberatungsstellen, die bereits in Kapitel 07.3 (Seite 184) dargelegt wurden.

Bei der Nutzung der genannten Einrichtungen und Dienste zeigt sich ein Unterschied zwischen den Altersgruppen sowie zwischen Ost und West: Bei den 55- bis 69-Jährigen wurden Senioren- und Wohnberatungsstellen, selbst da, wo sie bekannt waren, verhältnismäßig wenig genutzt; im Mittel von knapp 7 % der Altersgruppe, die die Einrichtungen kannte (vgl. Tabelle 105). Häufiger als in

Westdeutschland nutzten ostdeutsche Frauen bereits in der jüngeren Altersgruppe Begegnungsstätten oder Mehrgenerationenhäuser: etwa jede zehnte Frau in den neuen Ländern gab dies an. Die Nutzung von Pflegeberatungsstellen ist hingegen vermutlich der Rolle der jüngeren Altersgruppe als pflegende Angehörige geschuldet: Bundesweit 13,1 % der 55- bis 69-Jährigen, die eine solche Stelle kannten (immerhin 58,3 %), gaben auch an, diese genutzt zu haben. In der Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen fällt der im Vergleich zu den Jüngeren deutlich höhere Anteil derer auf, die bereits eine Begegnungsstätte oder ein Mehrgenerationenhaus besucht hatten. Bundesweit waren es im Durchschnitt 21,3 %.

Auch die Umweltbedingungen bzw. -belastungen im Wohnumfeld spielen eine Rolle für das Wohlbe-

Lärmbeeinträchtigung der Wohnumgebung (in Prozent)

Alter	Westdeutschland			Ostdeutschland			Bundesgebiet		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
55 bis 69 Jahre	21,6	21,5	21,5	19,7	22,3	21,0	21,3	21,6	21,4
70 bis 85 Jahre	19,2	21,4	20,4	22,4	24,6	23,7	19,9	22,1	21,1

>> Tab. 106: Personen, die der Aussage zustimmen {»trifft genau zu«, »trifft eher zu«}, dass ihre Wohngegend durch Lärm beeinträchtigt wird, im Jahr 2014 nach Altersgruppe, Region und Geschlecht (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.

finden im Alter. Klimaeinflüsse oder Schadstoffemissionen können ebenso wie übermäßiger Lärm einen Risikofaktor für die Gesundheit darstellen. Der Deutsche Alterssurvey erfragt beispielhaft die Lärmbelastung, der sich ältere Menschen ausgesetzt sehen. Etwa ein Fünftel der im DEAS befragten Älteren sah die eigene Wohngegend durch Lärm beeinträchtigt (vgl. Tabelle 106).

Eine weitere Frage des DEAS zur Bewertung des Wohnumfeldes betrifft das subjektive Sicherheitsgefühl im Dunkeln. Dieser Aspekt ist für die Lebens- und Wohnqualität im Alter von großer Bedeutung und unter anderem ein wesentlicher Einflussfaktor bei der Ausbildung von Zeit- und Aktivitätsmustern. So zeigt sich, dass Personen, die ein hohes Unsicherheitsgefühl im Dunkeln empfinden, nach Einbruch der Dunkelheit ihre Wohnung im Allgemeinen nicht mehr verlassen. Gegenüber der DEAS-Befragung im Jahr 2008 ging der Anteil derer, die sich im Dunkeln unsicher fühlen, im Jahr 2014 zurück (vgl. Nowossadeck und Mahne 2017, S. 308; Mahne u. a. 2017, S. 75, Tabelle A 20-2 sowie Tabelle 107 auf Seite 195). Bei genauerer Betrachtung zeigen sich allerdings deutliche Unterschiede nach Geschlecht und Region. So ist trotz des Rückgangs bei den Frauen der Anteil derjenigen, die ein entsprechendes Unsicherheitsgefühl berichten, weiterhin beträchtlich: Bundesweit gab 2014 rund die Hälfte der befragten Frauen im Alter von 70 bis

85 Jahren an, sich nach Anbruch der Dunkelheit unsicher zu fühlen (47,3 % der Frauen dieses Alters in Westdeutschland und 51,7 % der Frauen in Ostdeutschland); bei den 55- bis 69-jährigen Frauen galt dies für immerhin über ein Viertel. Auch ist bei den 70- bis 85-Jährigen in Ostdeutschland der Anteil derer, die es als unsicher erleben, nach Anbruch der Dunkelheit auf der Straße zu sein, weiterhin größer als in Westdeutschland. Die Bewertung der Sicherheit eines Wohngebietes hängt wesentlich mit der Wohnlage zusammen. Die Daten des DEAS zeigen zudem, dass insbesondere bei Frauen eine gehobene Wohnlage mit einem im Vergleich geringeren Unsicherheitsgefühl korreliert (ebd., S. 309).

Die vorgestellten Daten weisen – trotz der gegenüber 2008 zu verzeichnenden Verbesserungen in Ostdeutschland – darauf hin, dass ältere Menschen in den ostdeutschen Bundesländern die Bedingungen im Wohnumfeld als ungünstiger bewerten als die Befragten in Westdeutschland, und zwar sowohl im Hinblick auf Einkaufsmöglichkeiten und die Ausstattung mit Arztpraxen oder Apotheken als auch die subjektiv wahrgenommene Sicherheit im Wohnumfeld. Die Anbindung an den ÖPNV wird hingegen in Westdeutschland etwas weniger häufig für ausreichend gehalten. Wenngleich keine einfachen kausalen Zusammenhänge zwischen den beschriebenen Merkmalen des Wohnumfeldes und der individuellen gesundheitlichen Lage der Bewohne-

Unsicherheitsgefühl auf der Straße nach Einbruch der Dunkelheit (in Prozent)

Jahr	Alter	Westdeutschland			Ostdeutschland			Bundesgebiet		
		Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
2008	55 bis 69 Jahre	10,8	31,3	21,3	18,6	43,8	31,6	12,3	33,7	23,3
	70 bis 85 Jahre	20,5	51,4	38,1	38,0	65,6	54,3	23,7	54,2	41,2
2014	55 bis 69 Jahre	10,7	27,5	19,3	11,8	27,8	19,9	10,9	27,5	19,4
	70 bis 85 Jahre	17,7	47,3	33,9	27,8	51,7	41,2	19,7	48,2	35,4

» Tab. 107: Personen, die sich nach Anbruch der Dunkelheit auf der Straße unsicher fühlen nach Altersgruppe, Region und Geschlecht in den Jahren 2008 und 2014 (in Prozent). Quelle: Mahne u. a. 2017, S. 75, Tabelle 20 2; Lizenz: CC 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>); Datenbasis: DEAS 2008, 2014.

rinnen und Bewohner eines Quartiers bestehen, so zeichnet sich hier doch ein deutlicher Handlungsbedarf für wohnumfeldbezogene Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung ab.

» 07.5 Wanderungsbewegungen und Umzugsbereitschaft

Das Altwerden in der eigenen, gewohnten Umgebung ist von größter Bedeutung für die meisten Älteren und wird häufig auch dann angestrebt, wenn die gewohnte Umgebung das Leben im Alter eher erschwert als erleichtert (vgl. Voges und Zinke 2010, S. 305). Entsprechend sind Umzüge in der untersuchten Altersgruppe relativ selten.

In der Studie »Wohnen im Alter« (BMVBS 2011, S. 56 f.) wurde die Umzugsbereitschaft von Seniorenhaushalten ermittelt. Ein Viertel der befragten Haushalte mit Haushaltsvorständen über 65 Jahren (26,1 %) ist bereit, in eine andere Wohnung umzuziehen, 70,1 % sind nicht dazu bereit, 3,8 % äußern sich nicht eindeutig. In der hier betrachteten

Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen sind 29,6 % der Befragten zum Umzug bereit.

Unterschieden nach Eigentumsverhältnissen ist etwa ein Drittel der Mieterinnen und Mieter, aber nur etwa ein Fünftel der älteren selbstnutzenden Immobilienbesitzerinnen und -besitzer zu einem Umzug bereit. Diese Zahlen können durch die unterschiedliche Wohnkostenbelastung von Haushalten, die in Mietwohnungen bzw. in Wohneigentum leben, erklärt werden (vgl. Tabelle 99 auf Seite 183). Darüber hinaus besteht meist eine emotionale Hürde, aus der eigenen Immobilie auszuziehen; ein Auszug ist meist auch mit mehr Aufwand verbunden (Verkauf oder Neuvermietung). In Anbetracht des weiter oben dargestellten Mangels an Barrierefreiheit vor allem im Wohneigentum, besteht hier offenkundig Handlungsbedarf, um entweder den Abbau von Barrieren im selbstgenutzten Wohneigentum stärker zu fördern oder Umzüge zu erleichtern. Zu beachten ist dabei – wie in Kapitel 07.3 (Seite 184) bereits dargestellt –, dass etwa drei Viertel der selbstnutzenden Wohneigentümer nicht zu einem altersgerechten Umbau ihrer Wohnung oder ihres Hauses bereit sind (BMVBS 2011, S. 57).

Wohin ziehen die älteren Menschen, wenn sie umziehen? Das Bundesamt für Bau-, Stadt- und

Raumforschung (BBSR) erfasst im Rahmen seiner Raumb Beobachtung unter anderem das Binnenwanderungssaldo⁷⁴ nach Regionen und Alter in Deutschland. Die Bundesländer Schleswig-Holstein und Brandenburg verzeichneten im Jahr 2014 – wie bereits in früheren Jahren – das im Vergleich größte Zuzugssaldo von Personen im Alter ab 65 Jahren, den sogenannten »älteren Ruhestandswanderern«, während die Länder Hamburg und Bremen – ebenfalls recht stabil – die im Bundesländervergleich größte Nettoabwanderung erlebten (vgl. Tabelle 108).

Die Aufschlüsselung der Zahlen nach Raumordnungsregionen zeigt, dass besonders die Regionen in der Nähe der Metropolen Berlin und Hamburg einen Zuzug Älterer erleben: Das großstädtische Umfeld wird gegen ein Leben in ruhigerem und grünerem Umfeld eingetauscht, während die großstädtische Infrastruktur trotzdem in erreichbarer Nähe bleibt. Verglichen mit dem Umzugsgeschehen in jüngeren Altersgruppen, den so genannten »Arbeitsplatzwanderern«, deren Wanderungssalden in einigen Bundesländern sowie auf Ebene von Raumordnungsregionen im zweistelligen Bereich liegen,⁷⁵ bleibt das Umzugsgeschehen der »Ruhestandswanderer« – über Bundesländergrenzen wie auch Raumordnungsregionen hinweg – moderat: nur ein vergleichsweise geringer Teil der Älteren zieht um (vgl. BBSR 2017), und dies vermutlich eher lokal, beispielsweise von einer großen in eine kleinere Wohnung, und nicht über Raumordnungsgrenzen hinweg.

Die medizinische und pflegerische Infrastruktur scheint hingegen bei Umzugsentscheidungen eine

Binnenwanderungssaldo nach Bundesländern

Bundesland	Binnenwanderungssaldo (je Tausend EW)
Schleswig-Holstein	2,7
Brandenburg	2,7
Mecklenburg-Vorpommern	1,2
Niedersachsen	0,8
Rheinland-Pfalz	0,5
Bayern	0,5
Sachsen	0,3
Baden-Württemberg	-0,1
Hessen	-0,4
Thüringen	-0,5
Nordrhein-Westfalen	-0,8
Saarland	-0,8
Berlin	-1,1
Sachsen-Anhalt	-1,2
Bremen	-2,7
Hamburg	-3,8

>> Tab. 108: Binnenwanderungssaldo (Zuzüge abzüglich Fortzüge je Tausend EW) der Altersgruppe 65 Jahre und älter nach Bundesländern im Jahr 2014. Quelle: BBSR Bonn 2017; Lizenz: dl-de/by-2-0 [www.govdata.de/dl-de/by-2-0]; Datenbasis: INKAR; eigene Darstellung.

74 Beim Binnenwanderungssaldo interessiert die Nettozuwanderung auf der jeweils betrachteten räumlichen Ebene, d. h. die Anzahl der Zugezogenen minus der Anzahl der im selben Zeitraum Weggezogenen. Um die Nettozuwanderungszahlen zwischen Bundesländern mit unterschiedlich großen Einwohnerzahlen vergleichen zu können, wird die so ermittelte Nettozuwanderung je Tausend EW der jeweiligen Altersgruppe angegeben.

75 So verzeichneten Hamburg und Berlin im Jahr 2014 ein Binnenwanderungssaldo der Einwohnerinnen und Einwohner von 25 bis unter 30 Jahren je 1.000 EW der Altersgruppe von 20,4 bzw. 18,0, während Thüringen ein Saldo von -19,6 und Sachsen-Anhalt ein Saldo von -16,2 aufwies (BBSR 2017).

Binnenwanderungssaldo älterer Ruhestandswanderer und Arztdichte

Regionen	Binnenwanderungssaldo (je Tausend EW)	Arztdichte
Raumordnungsregionen mit höchster Arztdichte 2014	Hamburg	–3,8
	Berlin	–1,1
	Bremen	–2,3
	München	–2,1
Arztdichte in Netto-Zuwanderungs-Regionen 2014	Havelland-Fläming	5,1
	Schleswig-Holstein Süd	4,1
	Oldenburg	3,7
	Südostoberbayern	3,3
Arztdichte in Netto-Abwanderungs-Regionen 2014	Göttingen	–2,0
	Bochum/Hagen	–2,1
	Ostthüringen	–2,2
Raumordnungsregionen mit niedrigster Arztdichte 2014	Paderborn	0,4
	Uckermark-Barnim	2,9
	Bremen-Umland	2,4
	Hamburg-Umland-Süd	2,1
Arztdichte im städtischen Raum 2014	–0,5	188,8
Arztdichte im ländlichen Raum 2014	1,0	146,2

» Tab. 109: Binnenwanderungssaldo (Zuzüge abzüglich Fortzüge je Tausend EW) älterer Ruhestandswanderer und Anzahl der Ärztinnen und Ärzte je 100.000 EW nach Raumordnungsregionen mit höchster und niedrigster Arztdichte sowie in Wanderungsregionen im Jahr 2014. Quelle: BBSR Bonn 2017; Lizenz: dl-de/by-2-0 (www.govdata.de/dl-de/by-2-0); Datenbasis: INKAR; eigene Darstellung.

verhältnismäßig geringe Rolle zu spielen. Zumindest zeichnen sich die bevorzugten Zuzugsregionen der Älteren nicht durch eine besonders hohe Arztdichte oder ein großes Angebot an Heimplätzen für Pflegebedürftige im Verhältnis zur Einwohnerzahl aus. Die entsprechenden Daten des BBSR zeigen für beide Indikatoren eine große Heterogenität (vgl. Tabelle 109 und Tabelle 110).

Die bevorzugten Zuzugsregionen Havelland-Fläming, Schleswig-Holstein Süd, Oldenburg und

auch Südostoberbayern verzeichnen eine erheblich niedrigere Ärztedichte als die Stadtstaaten. In Letzteren findet sich die beste Ausstattung mit Ärzten, während das Umland von Hamburg und Bremen sowie ländliche Regionen Brandenburgs die im Vergleich geringsten Arztdichten aufweisen (vgl. Tabelle 109). Das Wanderungsgeschehen hat damit auch Implikationen für die medizinischen Versorgungsbedarfe der Bevölkerung.

Binnenwanderungssaldo älterer Ruhestandswanderer und Pflegeheimplatzdichte

Regionen		Binnenwanderungssaldo (je Tausend EW)	Pflegeheim- platzdichte
Raumordnungsregionen mit höchster Pflegeheimplatzdichte im Jahr 2013	Hildesheim	1,2	177,5
	Göttingen	-2,0	176,5
	Schleswig-Holstein Ost	3,1	175,3
	Lüneburg	2,5	165,1
Pflegeheimplatzdichte im Jahr 2013 in den wichtigsten Netto-Zuwanderungs- Regionen 2014	Havelland-Fläming	5,1	103,4
	Schleswig-Holstein Süd	4,1	152,7
	Oldenburg	3,7	113,6
	Südostoberbayern	3,3	130,4
Pflegeheimplatzdichte im Jahr 2013 in den wichtigsten Netto-Abwanderungs-Regionen 2014	Altmark	-1,9	135,5
	Bochum/Hagen	-2,1	116,3
	Ostthüringen	-2,2	117,9
Raumordnungsregionen mit niedrigster Pflegeheimplatz- dichte im Jahr 2013	Ingolstadt	0,5	87,0
	Rhein-Main	-0,9	85,1
	Neckar-Alb	-0,6	84,3
	München	-2,1	71,5
Pflegeheimplatzdichte im städtischen Raum 2013		-0,5	
Pflegeheimplatzdichte im ländlichen Raum 2013		1,0	

Anmerkung: Die Daten des BBSR zur Zahl der Pflegeheimplätze je 10.000 Personen beziehen sich auf das Jahr 2013.
Die Binnenwanderungssalden auf das Jahr 2014.

>> Tab. 110: Binnenwanderungssaldo (Zuzüge abzüglich Fortzüge je Tausend EW) älterer Ruhestandswanderer (je Tausend EW) und Anzahl der Pflegeheimplätze je 10.000 EW nach Raumordnungsregionen mit höchster und niedrigster Arztdichte sowie in Wanderungsregionen im Jahr 2014. Quelle: BBSR Bonn 2017; Lizenz: dl-de/by-2-0 (www.govdata.de/dl-de/by-2-0); Datenbasis: INKAR; eigene Darstellung.

Auch die Versorgung mit Pflegeheimplätzen unterscheidet sich zwischen Bundesländern und Raumordnungsregionen erheblich (vgl. Tabelle 110). Die höchste Zahl an Pflegeheimplätzen im Verhältnis zur Bevölkerungszahl findet sich danach in Hildesheim, Göttingen, Schleswig-Holstein Ost

und Lüneburg. Diese Regionen weisen – bis auf Göttingen – zwar Zuwanderungsgewinne auf. Mit Ausnahme Schleswig-Holstein Osts zählen sie jedoch nicht zu den am stärksten bevorzugten Zuzugsregionen der Älteren. Die im Vergleich geringste Zahl an Pflegeheimplätzen gibt es in München,

der Neckar-Alb-Region, Rhein-Main, Ingolstadt und Bodensee-Oberschwaben. Abgesehen von München handelt es sich dabei um Regionen, die bei den Älteren nur eine geringe Wanderungsbewegung aufweisen. In deutlich bevorzugten Zu- und Abwanderungsregionen der älteren Ruhestandswanderinnen und -wanderer bewegt sich die Heimplatzdichte hingegen im Mittelfeld.

Zu beachten ist bei diesen Betrachtungen allerdings, dass die Pflegeheimplatzdichte im Verhältnis zur Einwohnerzahl einer Region insgesamt bestimmt wird und nicht im Verhältnis zur jeweiligen älteren Bevölkerung. Hinzu kommt, dass sich aus der Dichte an Pflegeheimplätzen auch deshalb keine unmittelbaren Schlüsse über die verfügbaren Versorgungsmöglichkeiten ableiten lassen, weil diese auch von den vorhandenen ambulanten Pflegekapazitäten sowie dem Ausmaß an Unterstützung für informelle Pflegeleistungen, d. h. vom Pflegemix insgesamt abhängen (vgl. Rothgang u. a. 2016; siehe auch Kapitel 05 auf Seite 124).

Ob und inwieweit der Umfang und die konkrete Ausgestaltung der medizinischen und pflegerischen Versorgungsstruktur bei Umzugsentscheidungen der ab 65-Jährigen eine Rolle spielt, verdient in der Zukunft genauere Untersuchungen.

Mit Blick auf etwaige Absichten von Migrantinnen und Migranten, im Alter in das Herkunftsland zurückzukehren, stellten Schimany u. a. (2012) – unter Bezugnahme auf Daten des Deutschen Alterssurvey aus dem Jahr 2002 – fest, dass nur »ein geringer Teil« der Migrantinnen und Migranten Rückkehrabsichten hat (vgl. ebd., S. 8, S. 301–302). In der Altersgruppe 70 bis 85 Jahre lag dieser Anteil bei denjenigen mit deutscher Staatsangehörigkeit bei 0,8 %, bei denjenigen mit einer anderen als der deutschen Staatsangehörigkeit bei 4,2 % (vgl. ebd. unter Bezug auf Baykara und Hoff 2006, S. 503). Bei den 55- bis 69-Jährigen lag der entsprechende Anteil bei 4,1 % (deutsche

Staatsangehörigkeit) bzw. 21,3 % (andere Staatsangehörigkeit); bei den 40- bis 54-Jährigen bei 6,9 % bzw. 19,3 % (ebd.). Zu beachten ist, dass von Rückkehrabsichten nicht auf die tatsächliche Rückkehr geschlossen werden kann: »Eine Rückkehrorientierung kann als eine Art Mythos aufrechterhalten werden, auch wenn faktisch bereits ein dauerhafter Verbleib erfolgt ist« (Schimany u. a. 2012, S. 300). Die Altersgruppe der heute 65- bis unter 80-Jährigen war im Jahr 2002 49 bis 64 Jahre alt. Aktuelle Daten dazu, wie diese Kohorte ihre damaligen Rückkehrabsichten umsetzt, fehlen. Erwartet wurde jedoch schon 2012 ein mögliches Anwachsen der Pendelmigration.

» 7.6 Fazit

Dieses Kapitel zeigte auf, wie und wo die Menschen im Alter von 65 bis unter 80 Jahren in Deutschland wohnen. Für viele wächst mit dem Älterwerden die Bedeutung der eigenen Wohnung und des umliegenden Quartiers als Lebensmittelpunkt. Treten körperliche Beeinträchtigungen auf, kann dies dazu führen, dass sich Aktionsradien verkleinern und das unmittelbare Wohnumfeld noch mehr an Bedeutung gewinnt und dort sowohl die Bedarfe des Alltags gedeckt als auch soziale Kontakte gepflegt werden. Der überwiegende Teil der alten Menschen erhält den eigenständigen und vertrauten (Wohn-)Alltag in der angestammten Umgebung aufrecht, solange dies möglich ist. Die Ausstattung der Wohnung und des Wohnumfeldes – die bauliche Gestaltung, Umweltbedingungen und verfügbare Infrastruktur für Versorgung und Teilhabe – beeinflussen dann Möglichkeiten und Barrieren für ein gesundes, selbstbestimmtes und selbstständiges Leben im Alter.

Die ältere Bevölkerung ist unterschiedlich auf Ost und West, Stadt und Land und damit die Bundeslän-

der verteilt. Die ostdeutschen Bundesländer weisen einen höheren Anteil älterer und hochaltriger Menschen auf, während vor allem in den Stadtstaaten die Bevölkerung im Durchschnitt jünger ist. Die Gruppe der älteren Menschen wird in den kommenden Jahren in sämtlichen Bundesländern wachsen. Allerdings nimmt sie in den Stadtstaaten deutlich weniger zu als in den (ostdeutschen) Flächenstaaten. Damit wird sich der demografische Unterschied zwischen einzelnen Bundesländern noch weiter verstärken.

Der überwiegende Teil der älteren Menschen in den westdeutschen Flächenländern wohnt in einer eigenen Wohnung oder einem eigenen Haus, ältere Menschen in Stadtstaaten wohnen mehrheitlich in Mietwohnungen. Nur ein vergleichsweise geringer Anteil Älterer lebt in »Sonderwohnformen« oder nutzt Angebote wie das »Betreute Wohnen«. Die allermeisten Wohnungen sind nicht barrierearm oder -frei. Möglicherweise auch deshalb bleibt die Umzugsbereitschaft relativ gering – es fehlt an Alternativen. Wenngleich es an aktuellen Daten fehlt, weisen frühere Erhebungen darauf hin, dass auch die Bereitschaft und die Möglichkeiten, Wohnraumanpassungsmaßnahmen vorzunehmen, in der älteren Bevölkerung eher gering ausgeprägt sind. Hier besteht Handlungs- und Aufklärungsbedarf, um potentielle Risiken wie z. B. Sturzgefahren, zu mindern und auch im Falle von Beeinträchtigungen möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben im Wohnumfeld zu sichern. Wohnberatungsstellen sind zwar gut einem Viertel der Bevölkerung bekannt, werden jedoch nur von einem geringen Teil auch genutzt. Die Gründe hierfür sollten untersucht werden.

Die Wohnverhältnisse unterscheiden sich zwischen Ost und West: Die Älteren in Ostdeutschland wohnen im Durchschnitt auf kleinerer Fläche und besitzen die von ihnen bewohnte Wohnung seltener als die Älteren in Westdeutschland. Zwar ist ihre Mietkostenbelastung durchschnittlich geringer als die von Mieterinnen und Mietern in Westdeutschland. Insgesamt müssen diejenigen Älteren, die zur Miete wohnen, im Durchschnitt jedoch einen höheren Anteil des verfügbaren Haushaltsnettoeinkommens für Wohnkosten aufwenden als Eigentümerinnen und Eigentümer.

Die berichteten Daten aus den Befragungen des DEAS 2008 und 2014 zeigen, dass sich in den letzten Jahren die Bewertung der Wohn- und Wohnumfeldbedingungen durch die Älteren in den ostdeutschen Bundesländern zwar derjenigen in Westdeutschland angenähert hat. Doch nach wie vor halten weniger Menschen in Ostdeutschland die vorhandene Infrastruktur (Einkaufsmöglichkeiten, Ärztinnen und Ärzte und Apotheken) für ausreichend als dies in Westdeutschland der Fall ist. In Westdeutschland wiederum bewerten die 55- bis 69-Jährigen die Versorgung mit medizinischer Infrastruktur schlechter als noch vor einigen Jahren; auch die Zufriedenheit dieser Altersgruppe mit der ÖPNV-Anbindung ist dort zurückgegangen. Etwa die Hälfte der 70- bis 85-jährigen Frauen fühlt sich nach Anbruch der Dunkelheit unsicher auf der Straße.

In den beschriebenen Defiziten in der Versorgung mit altersgerechtem Wohnraum zeigt sich ebenso wie in den regionalen Unterschieden in Infrastruktur und Ausstattung des Wohnumfeldes Handlungsbedarf, wenn die Chancen auf ein möglichst gesundes Älterwerden gerade auch für ältere Menschen in benachteiligten Lebenssituationen gestärkt werden sollen.

» Zusammenfassung

Die vorliegende Expertise zeichnet ein Gesamtbild der heterogenen Lebenslagen der 65- bis unter 80-jährigen Bevölkerung in Deutschland. Der überwiegende Teil der alten Menschen lebt in weitgehender sozialer und materieller Sicherheit und lange bei relativ guter Gesundheit. Die zusammengetragenen Daten zeigen allerdings auch, dass ein Teil der Altersgruppe in unsicheren und die individuelle Gesundheit potentiell beeinträchtigenden Verhältnissen lebt und das Altwerden teilweise im Kontext prekärer Lebenslagen meistern muss. Diese vulnerablen und sozial benachteiligten Gruppen unter den 65- bis unter 80-Jährigen sind eine besonders wichtige Zielgruppe, wenn es um Maßnahmen der Gesundheitsförderung geht.

In der Altersgruppe überwiegt die Zahl der Frauen jene der Männer, was sich mit zunehmendem Alter

verstärkt. Im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen ist der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund mit etwa 12 % der 65- bis unter 80-Jährigen (in städtischen Regionen etwa 15 %) gering. Etwa ein Drittel sind (Spät-)Aussiedlerinnen und Aussiedler; ein weiteres gutes Drittel sind Menschen, die im Zuge der Arbeitsmigration bereits seit den 1950er und 1960er Jahren in Deutschland ansässig wurden und z. B. aus der Türkei, Italien, Griechenland, Portugal oder Spanien oder, nach der Öffnung in den 1980er Jahren, aus Polen zuwanderten. Diese Älteren haben einen großen, wenn nicht den größten Teil ihres Lebens in Deutschland gelebt und verbringen nun ihren Ruhestand hier. Aktivitäten der Gesundheitsförderung sollten ihre Bedürfnisse und biografischen Erfahrungen mit in den Blick nehmen.

Der überwiegende Teil der Altersgruppe befindet sich im Ruhestand und lebt von Rente, Pensionen, Vermögen und Ersparnissen. Allerdings leidet ein nicht unerheblicher Teil der alten Menschen unter Armut oder gilt als armutsgefährdet (14,4 % der ab 65-Jährigen im Jahr 2014). Risikofaktoren sind neben einer niedrigen Bildung eine diskontinuierliche Erwerbsbiografie. Ältere Menschen mit Migrationshintergrund sind aufgrund der Rahmenbedingungen ihrer Arbeitsmarktbeteiligung besonders stark von Altersarmut betroffen. Die Armutsrisikoquote der über 65-Jährigen in Ostdeutschland wächst ebenfalls: Hier rückt nun allmählich die Kohorte derjenigen nach, deren Erwerbsbiografien durch den Vereinigungsprozess geprägt wurden. Sie können zudem weniger als die älteren Menschen in Westdeutschland auf Vermögen zurückgreifen, um materiell schwierige Lebenslagen zu bewältigen.

Die 65- bis 80-Jährigen leben größtenteils in guter sozialer Einbindung, die Familie spielt eine zentrale Rolle. Die meisten von ihnen sind verheiratet, haben Kinder und oft auch Enkelkinder, zu denen sie einen regelmäßigen und guten Kontakt pflegen. In dieser Lebensphase erleben jedoch viele Ältere den Tod des Partners, seltener der Partnerin, und stehen vor der Herausforderung, ihr Leben und ihre sozialen Beziehungen neu zu gestalten. Viele ältere Menschen verfügen im Vergleich zu früheren Generationen heute über größere außerfamiliäre Netzwerke, die außerdem an Bedeutung gewonnen haben. Die Mehrzahl der Älteren fühlt sich nur selten einsam. Besorgniserregend ist jedoch, dass insbesondere Menschen mit wenigen Ressourcen, d. h. mit geringem Einkommen oder niedriger Bildung, kleinere soziale Netzwerke aufweisen, stärker von Einsamkeit betroffen sind und sich häufiger sozial exkludiert fühlen als Personen, denen viele Ressourcen zur Verfügung stehen. Vor diesem Hintergrund ist die Bedeutung niedrigschwelliger, kontinuierlicher und kostenfreier Angebote im Sozi-

alraum (wie Senioren- oder Nachbarschaftstreffs), die das Aufrechterhalten und Knüpfen von sozialen Kontakten erleichtern, nicht zu unterschätzen.

Gesundheit und Krankheit sind für die betrachtete Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen von großer Bedeutung. Die subjektive Gesundheit wird von ihr zwar schlechter als in den jüngeren Kohorten bewertet, aber immerhin von der Hälfte der Befragten als »gut« oder »sehr gut«. In dieser Altersgruppe nimmt die Anzahl der Erkrankungen und körperlichen Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten zu. Am häufigsten treten Erkrankungen des Muskel- und Skelett-Systems, Krankheiten des Kreislaufsystems sowie Krebserkrankungen auf. Von vielen Krankheiten, wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall oder Diabetes, sind Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status überdurchschnittlich stark betroffen. Unterschiede der sozialen Lage wirken sich auch auf die Lebenserwartung aus: Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status sterben deutlich früher als diejenigen mit höherem Status. Die Daten zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund zeigen, dass diese unterschiedlich stark von Erkrankungen und Gesundheitseinschränkungen betroffen sind. Insbesondere Arbeitsmigrantinnen und -migranten der ersten Generation weisen häufiger und in jüngerem Alter (chronische) Erkrankungen auf.

Psychische Erkrankungen, die jedoch möglicherweise nicht immer erkannt und behandelt werden, belasten rund ein Fünftel der 65- bis unter 80-Jährigen. Die häufigsten psychischen Erkrankungen sind Depressionen und, mit zunehmendem Alter, Demenzen.

Eine gesunde Lebensweise ist in der betrachteten Altersgruppe stärker verbreitet als bei jüngeren Menschen. So ist beispielsweise der Anteil sportlich aktiver Älterer in den letzten Jahrzehnten angestiegen. Hinsichtlich des Bewusstseins für die

Gesundheit zeigt sich die Altersgruppe allerdings heterogen. Während die 70- bis unter 80-Jährigen einige Vorsorgeuntersuchungen stärker in Anspruch nehmen als frühere Kohorten, zeigt sich bei den 65- bis unter 70-Jährigen im hier betrachteten Zeitraum teilweise ein gegenläufiger Trend.

Der Konsum von Suchtmitteln wie Alkohol und Tabak nimmt mit zunehmendem Alter ab. Aktuelle Daten zum Konsum von Alkohol zeigen aber auch, dass nicht wenige ältere Menschen riskante Trinkmengen konsumieren. Daten zum Konsum von illegalen Drogen und zu (tatsächlich konsumierten) Medikamenten liegen für diese Altersgruppe nicht vor. Ebenso gibt es keine aktuellen und repräsentativen Daten zum Gesundheitsverhalten von älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Daten fehlen außerdem zu Umfang und Inanspruchnahme ambulanter geriatrischer Rehabilitation.

Die in dieser Expertise zusammengetragenen Erkrankungs- und Sterbedaten verdeutlichen die Notwendigkeit, dass Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sozioökonomische und geschlechtsspezifische Risikolagen besonders beachten sollten.

Das Thema Hilfe- und Pflegedarf betrifft Menschen im Alter zwischen 65 und 80 Jahren einerseits als Empfängerinnen und Empfänger von Hilfen, andererseits als Helfende und Pflegendende. Der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen lebt in Privathaushalten und wird von Angehörigen, häufig der Lebenspartnerin oder dem Lebenspartner, versorgt. Je älter die Pflegebedürftigen sind und je höher der Pflegebedarf ist, desto öfter sind zusätzlich ambulante Pflegedienste an ihrer Pflege beteiligt, und auch der Anteil derer, die stationär gepflegt werden, nimmt mit dem Alter zu. Drei Viertel der Pflegenden fühlen sich belastet, woraus auch gesundheitliche Gefährdungen resultieren können.

Mit dem Eintritt in den Ruhestand verfügen die älteren Menschen über mehr »pflicht-freie« Zeit,

die sie nach eigenem Belieben gestalten können. Diese Situation stellt eine Freiheit, aber auch eine Herausforderung dar, deren Bewältigung von den ökonomischen und sozialen Ressourcen, der Mobilität und dem Gesundheitszustand abhängt. Viele ältere Menschen gestalten ihren Ruhestand aktiv, sind zufrieden mit ihrer Freizeitgestaltung und engagieren sich für die Gesellschaft. Die Altersbilder der älteren Menschen sind positiver als die früherer Kohorten und sie geben häufiger an, einen gerechten Anteil am Wohlstand zu erhalten. Auch hinsichtlich des Rollenverständnisses von Mann und Frau vertreten sie egalitäre Einstellungen als frühere Generationen. Weiterhin sind sie mobiler als diese.

Auch der virtuelle Bewegungsradius hat sich erhöht: Das Internet gewinnt zunehmend an Bedeutung für diese Generation und beeinflusst den Alltag und den Zugang zu Informationen. Zwar finden ältere Frauen und ältere Menschen mit geringer Bildung bislang seltener als andere Bevölkerungsgruppen Zugang zum Internet, dies wird sich jedoch in den nächsten Jahren aller Wahrscheinlichkeit nach ändern.

Allgemein zeigen die Daten deutlich, wie sehr die Gestaltung des Alltags und die Bewertung der Lebenszufriedenheit von den jeweiligen Ressourcen und Lebenslagen der älteren Menschen abhängen. Bildung und finanzielle Mittel, aber auch das Geschlecht, beeinflussen sowohl Lebenszufriedenheit, Altersbilder, zivilgesellschaftliches Engagement und politische Beteiligung als auch die Nutzung von Medien oder die Mobilität der älteren Menschen.

Von großer Bedeutung für Lebenszufriedenheit und eine selbstbestimmte Lebensführung im Alter ist – gerade auch bei einsetzenden Beeinträchtigungen – die Ausgestaltung des konkreten Wohnumfeldes. Der überwiegende Teil der älteren Menschen erhält den eigenständigen Alltag

in der angestammten Umgebung aufrecht, in Westdeutschland oft auch im selbst genutzten Wohneigentum, solange dies möglich ist. Allerdings ist nur ein geringer Teil der Wohnungen und Immobilien barrierearm oder -frei. Möglicherweise auch deshalb, d. h. mangels (bezahlbarer) Alternativen, ist die Bereitschaft zum Umzug gering. Anpassungsmaßnahmen in der Wohnung werden durch unterschiedliche Hürden (Kosten, Vermieter, Fachkräftemangel) erschwert. Insgesamt ist die Datenlage zu diesem Thema unzureichend bzw. wenig aktuell.

Neben den Wohnbedingungen hat auch das Wohnumfeld einen großen Einfluss auf ein gesundes und selbstständiges Leben im Alter, sowohl durch gesundheitsförderliche oder -einschränkende Umweltbedingungen als auch durch Angebots- und Teilhabestrukturen. Die Entwicklung in diesem Bereich ist heterogen: Zwar haben sich Ost-West-Unterschiede in der Bewertung der Infrastruktur des Wohnumfeldes vermindert, doch werden Einkaufsmöglichkeiten und die Versorgung mit Ärztinnen und Ärzten sowie Apotheken in Ostdeutschland nach wie vor schlechter eingeschätzt als in Westdeutschland. Gleichzeitig hat sich in Westdeutschland die Zufriedenheit mit medizinischer Infrastruktur sowie ÖPNV-Anbindung bei den 55- bis 69-Jährigen gegenüber früheren Kohorten verschlechtert.

Die ältere Bevölkerung ist unterschiedlich auf Ost und West, Stadt und Land und damit die Bundesländer verteilt. Die neuen Bundesländer weisen einen höheren Anteil älterer und hochaltriger Menschen auf, während vor allem in den Stadtstaaten die Bevölkerung im Durchschnitt jünger ist. Die Gruppe der älteren Menschen wird in den kommenden Jahren in sämtlichen Bundesländern wachsen. Allerdings nimmt sie in den Stadtstaaten deutlich weniger zu als in den (ostdeutschen) Flächenstaaten. Damit wird sich der demografische Unterschied zwischen einzelnen Bundesländern noch weiter verstärken.

Die Expertise hat in den vorangegangenen Kapiteln einen umfassenden Überblick über die Lebenslage der Menschen zwischen 65 und 80 Jahren in Deutschland gegeben. Dabei wurden sowohl Potenziale und Ressourcen als auch Problemlagen dieser Altersgruppe diskutiert. Deutlich wurde, dass die Datenlage teilweise noch unzureichend ist und es an Daten gerade zur Situation mutmaßlich benachteiligter (vulnerabler) Bevölkerungsgruppen fehlt. Insgesamt ergibt sich ein vielfältiges und vielschichtiges Bild der Lebenslagen der 65 bis unter 80-jährigen Menschen in Deutschland, das eine Vielzahl unterschiedlicher Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung von lebensweltbezogenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention gerade auch für Menschen in benachteiligenden Lebenslagen birgt.

09

» Anhang

» 09.1 Tabellen

Bevölkerung nach Jahrgängen

Jahrgang	Alter von ... bis unter ...	Gesamt	Männer	Frauen	Anteil der Frauen an der gleich- altrigen Gesamtbevölkerung in %
1951	65 bis 66 Jahre	986.117	473.859	512.258	52
1950	66 bis 67 Jahre	980.637	470.070	510.567	52
1949	67 bis 68 Jahre	942.547	452.030	490.517	52
1948	68 bis 69 Jahre	855.561	410.508	445.053	52
1947	69 bis 70 Jahre	798.439	380.141	418.298	52
1946	70 bis 71 Jahre	690.163	326.626	363.537	53
1945	71 bis 72 Jahre	601.545	280.396	321.149	53
1944	72 bis 73 Jahre	796.592	371.321	425.271	53
1943	73 bis 74 Jahre	800.408	371.729	428.679	54
1942	74 bis 75 Jahre	766.229	353.642	412.587	54
1941	75 bis 76 Jahre	917.490	417.244	500.246	55
1940	76 bis 77 Jahre	947.484	425.109	522.375	55
1939	77 bis 78 Jahre	912.772	404.467	508.305	56
1938	78 bis 79 Jahre	826.172	362.215	463.957	56
1937	79 bis 80 Jahre	745.639	321.645	423.994	57

» Tab. 111: Bevölkerung im Alter von 65 bis unter 80 Jahren nach Jahrgängen (Stand 31.12.2016) (absolut) sowie Anteil der Frauen an der gleichaltrigen Gesamtbevölkerung in Prozent. Quelle: © Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018a; Datenbasis: Bevölkerungsfortschreibung 2016 auf Basis des Zensus 2011; eigene Berechnungen.

Anteil älterer Personen mit Migrationshintergrund (in Prozent)

Land	
Baden-Württemberg	16,4
Bayern	12,3
Berlin	11,7
Brandenburg	2,6
Bremen	14,6
Hamburg	13,8
Hessen	13,7
Mecklenburg-Vorpommern	2,9
Niedersachsen	8,8
Nordrhein-Westfalen	13,6
Rheinland-Pfalz	10,1
Saarland	8,4
Sachsen	2,2
Sachsen-Anhalt	2,7
Schleswig-Holstein	6,3
Thüringen	2,3

>> Tab. 112: Anteile der Personen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und mehr in den Bundesländern im Jahr 2016 (in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, S. 135; Datenbasis: Mikrozensus 2016; eigene Berechnung und Darstellung.

Leben in Partnerschaft (in Prozent)

Altersgruppe	Geschlecht	Ohne Partner	In einem Ehepaarhaushalt (Erst- und Folge-Ehe)*	In einer anderen Partner- schaftsform (nichteheliche Partnerschaft)
55 bis 69 Jahre	Insgesamt	19,3	71,6	9,1
	Männer	13,5	75,9	10,6
	Frauen	24,8	67,5	7,7
70 bis 85 Jahre	Insgesamt	30,7	63,5	5,8
	Männer	14,6	78,1	7,3
	Frauen	43,7	51,8	4,6

* Inklusive eingetragener Lebenspartnerschaften.

» Tab. 113: Leben in Partnerschaft im Jahr 2014 nach Altersgruppen und Geschlecht (in Prozent). Quelle: Mahne et. al. 2017, Tabelle A 13-2; Lizenz: CC 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>); Datenbasis DEAS 2014.

Verwitwete Personen

Geschlecht	Altersgruppe		
	65 bis 69 Jahre	70 bis 74 Jahre	75 bis 79 Jahre
Insgesamt	489.104	702.209	1.170.309
Männer	93.930	140.960	227.046
Frauen	395.174	561.249	943.263
Sexualproportion (Frauen je 1.000 Männer)	4.207	3.982	4.155

Anmerkung: Die Kategorie »Sexualproportion« sagt aus, wie viele Frauen einer Bevölkerungsgruppe (hier: Verwitwete) auf 1.000 Männer der entsprechenden Bezugsgruppe entfallen.

» Tab. 114: Bevölkerung Deutschlands nach demografischen Merkmalen: Verwitwung, nach Geschlecht und Altersgruppen zum Jahresende 2015 (in absoluten Zahlen). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Mikrozensus 2015.

Verwitwete Ältere in Privathaushalten (in Tausend)

Altersgruppe	Geschlecht	Bevölkerung nach Zahl der Generationen			In Einpersonenhaushalten
		Bevölkerung aller Haushalte	In Haushalten mit zwei Generationen	In Haushalten mit drei und mehr Generationen	
65 bis 69 Jahre	Männer	96,5	9,5	/	70,5
	Frauen	396,0	39,0	7,5	314,0
70 bis 74 Jahre	Männer	165,0	10,0	/	129,5
	Frauen	618,0	47,5	9,5	521,0
75 bis 79 Jahre	Männer	241,0	16,0	/	198,0
	Frauen	952,5	77,5	16,5	816,0

/ = keine Angabe, da Zahlenwert nicht sicher genug

>> Tab. 115: Verwitwete Ältere in privaten Haushalten, alleinlebend bzw. nach Zahl der Generationen im Haushalt nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2015 (in Tausend). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Mikrozensus 2015.

Bewertung der Partnerschaft (in Prozent)

Altersgruppe	Geschlecht	Bewertung der Partnerschaft				
		Sehr gut	Gut	Mittel	Schlecht	Sehr schlecht
55 bis 69 Jahre	Insgesamt	47,6	46,0	5,9	0,4	0,1
	Männer	49,9	45,6	4,3	0,2	0,0
	Frauen	45,1	46,4	7,7	0,7	0,2
70 bis 85 Jahre	Insgesamt	49,8	44,9	5,1	0,0	0,2
	Männer	53,5	42,8	3,5	0,1	0,1
	Frauen	45,1	47,5	7,1	0,0	0,4

>> Tab. 116: Bewertung der Partnerschaft nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT. Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2014; Darstellung verändert.

Mittlere Kontakthäufigkeit zu erwachsenen Kindern (in Prozent)

Region	Altersgruppe	Geschlecht	Mindestens wöchentlich	Mindestens monatlich	Seltener
Deutschland	55 bis 69 Jahre	Männer	71,5	15,6	12,9
		Frauen	85,0	9,9	5,1
	70 bis 85 Jahre	Männer	74,8	14,2	11,0
		Frauen	83,3	11,0	5,7
Westdeutschland	55 bis 69 Jahre	Männer	72,0	16,1	11,9
		Frauen	84,1	10,3	5,6
	70 bis 85 Jahre	Männer	75,6	12,9	11,5
		Frauen	83,4	11,1	5,5
Ostdeutschland	55 bis 69 Jahre	Männer	69,8	13,9	16,3
		Frauen	88,4	8,2	3,4
	70 bis 85 Jahre	Männer	71,5	19,3	9,2
		Frauen	83,0	10,6	6,4

» Tab. 117: Mittlere Kontakthäufigkeit zu erwachsenen Kindern nach Region, Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent).
 Quelle: Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 14-4, S. 47; Lizenz: CC 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>);
 Datenbasis: DEAS 2014.

Größe des persönlichen Netzwerks (in Prozent)

Region	Altersgruppe	Geschlecht	Zahl der wichtigen Personen mit regelmäßigem Kontakt		
			Keine oder nur eine Person	Zwei bis vier Personen	Fünf und mehr Personen
Deutschland	55 bis 69 Jahre	Insgesamt	10,9	33,5	55,7
		Männer	12,4	36,2	51,4
		Frauen	9,4	30,9	59,7
	70 bis 85 Jahre	Insgesamt	15,1	36,8	48,1
		Männer	15,2	37,0	47,8
		Frauen	15,1	36,7	48,3
Westdeutschland	55 bis 69 Jahre	Insgesamt	9,6	32,7	57,7
		Männer	10,9	35,0	54,2
		Frauen	8,4	30,5	61,1
	70 bis 85 Jahre	Insgesamt	13,8	36,0	50,2
		Männer	13,9	36,2	49,9
		Frauen	13,7	35,8	50,5
Ostdeutschland	55 bis 69 Jahre	Insgesamt	16,3	36,9	46,8
		Männer	18,8	41,5	39,7
		Frauen	14,0	32,4	53,6
	70 bis 85 Jahre	Insgesamt	20,5	40,2	39,3
		Männer	20,7	40,5	38,8
		Frauen	20,3	40,0	39,7

>> Tab. 118: Größe des persönlichen Netzwerks nach Region, Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT. Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2014; Darstellung verändert.

Besuch bei oder von Freunden (in Prozent)

Region	Altersgruppe	Geschlecht	Wie oft besuchen Sie Freunde und Bekannte oder laden diese ein?				
			Mehrmals in der Woche	Einmal in der Woche	Ein- bis drei-mal im Monat	Seltener	Nie
Deutschland	55 bis 69 Jahre	Insgesamt	9,0	18,5	48,8	21,3	2,4
		Männer	8,0	16,8	49,3	23,6	2,3
		Frauen	10,0	20,0	48,3	19,2	2,5
	70 bis 85 Jahre	Insgesamt	8,6	14,8	43,4	27,5	5,8
		Männer	7,6	14,4	44,0	29,5	4,5
		Frauen	9,4	15,1	42,9	25,8	6,8
Westdeutschland	55 bis 69 Jahre	Insgesamt	9,7	19,9	48,3	20,0	2,2
		Männer	8,7	18,4	48,5	22,5	1,9
		Frauen	10,7	21,3	48,0	17,6	2,4
	70 bis 85 Jahre	Insgesamt	9,2	15,3	43,7	26,6	5,2
		Männer	8,4	15,2	44,3	28,2	3,9
		Frauen	9,8	15,4	43,2	25,4	6,3
Ostdeutschland	55 bis 69 Jahre	Insgesamt	5,9	12,3	51,1	27,2	3,5
		Männer	4,9	10,3	52,4	28,5	3,9
		Frauen	7,0	14,3	49,7	25,9	3,1
	70 bis 85 Jahre	Insgesamt	6,3	12,7	42,0	30,9	8,1
		Männer	4,4	11,0	42,7	35,0	6,9
		Frauen	7,7	14,0	41,5	27,8	9,0

» Tab. 119: Besuch bei oder von Freunden nach Region, Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT. Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2014; Darstellung verändert.

Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

	65 bis 69 Jahre		70 bis 74 Jahre		75 bis 79 Jahre		Gesamt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Alle Diagnosen/Behandlungsanlässe	67.737	68.393	66.361	76.081	75.211	100.880	209.309	245.354
C00-D48 Neubildungen	12.895	11.624	12.336	9.880	10.367	11.140	35.598	32.644
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	962	2.071	561	1.472	466	1.292	1.989	4.835
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	19.119	9.150	18.549	11.530	23.031	17.740	60.699	38.420
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	18.238	28.372	18.553	32.961	21.631	42.422	58.422	103.755

>> Tab. 120: Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten (Fälle) nach Altersgruppen im Jahr 2016 (in absoluten Zahlen). Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018f; Datenbasis: Krankenhausstatistik; Darstellung verändert.

Prävalenz und Inzidenz des Diabetes mellitus (Typ 2)

	Studienpopulation (N)		Prävalenz (in Prozent)	
	2009	2015	2009	2015
Männer				
60 bis unter 65 Jahre	1.669.174	1.974.391	20,13	21,32
65 bis unter 70 Jahre	1.983.401	1.654.328	23,27	27,76
70 bis unter 75 Jahre	2.001.814	1.549.440	26,95	30,38
75 bis unter 80 Jahre	1.294.463	1.709.622	29,09	32,92
80 bis unter 85 Jahre	840.158	991.951	27,51	34,42
Frauen				
60 bis unter 65 Jahre	1.994.231	2.362.596	13,45	9,21
65 bis unter 70 Jahre	2.367.004	2.006.814	16,67	14,43
70 bis unter 75 Jahre	2.473.500	1.935.779	22,11	19,85
75 bis unter 80 Jahre	1.768.432	2.269.464	26,24	23,13
80 bis unter 85 Jahre	1.489.268	1.498.581	26,83	27,98

>> Tab. 121: Prävalenz und Inzidenz des Diabetes mellitus (Typ 2). Quelle: Goffrier u. a. 2017, S. 34–35; Datenbasis: bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten für die Jahre 2009 und 2015; Darstellung auszugsweise und verändert.

12-Monats-Prävalenz von selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depressionen ab 65 Jahre (in Prozent)

Bildungsgruppe	Männer	Frauen
	[95%-KI]	[95%-KI]
Gesamt	5,0 [4,0–6,1]	8,0 [6,7–9,5]
Untere Bildungsgruppe	5,6 [3,7–8,3]	10,1 [7,9–12,8]
Mittlere Bildungsgruppe	5,2 [3,8–7,1]	6,9 [5,3–8,9]
Obere Bildungsgruppe	4,2 [2,9–5,9]	5,3 [3,4–8,1]

» Tab. 122: 12-Monats-Prävalenz von selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depressionen bei Männern und Frauen im Alter von 65 Jahren und mehr nach Bildungsgruppe (in Prozent, mit 95 %-Konfidenzintervallen). Quelle: Thom u. a. 2017, S. 74; Lizenz CC-BY-4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS; Darstellung verändert.

Lebenszeitprävalenz und 12-Monats-Prävalenz von selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depressionen
(in Prozent)

	18 bis 29 Jahre	30 bis 39 Jahre	40 bis 49 Jahre	50 bis 59 Jahre	60 bis 69 Jahre	70 bis 79 Jahre	Gesamt
Lebenszeitprävalenz (n = 7.912)							
Gesamt	6,3 (4,6–8,5)	9,9 (7,9–12,5)	11,3 (9,3–13,7)	14,7 (12,7–17,0)	17,3 (14,7–20,2)	11,2 (9,0–14,0)	11,6 (10,7–12,6)
Männer	4,2 (2,5–7,0)	7,5 (5,2–10,9)	6,8 (4,8–9,6)	10,1 (7,7–13,1)	11,6 (8,9–14,8)	7,9 (5,2–11,9)	7,8 (6,7–9,0)
Frauen	8,5 (5,8–12,2)	12,4 (9,1–16,7)	16,0 (13,0–19,4)	19,4 (16,5–22,6)	22,9 (18,8–27,5)	14,0 (10,8–17,9)	15,4 (14,0–17,0)
12-Monats-Prävalenz (n = 7.900)							
Gesamt	3,6 (2,4–5,2)	5,3 (3,7–7,7)	6,0 (4,5–7,9)	8,4 (6,9–10,4)	7,9 (6,2–10,0)	4,5 (3,0–6,6)	6,0 (5,3–6,7)
Männer	2,1 (1,1–4,0)	3,4 (1,7–6,5)	3,6 (2,2–5,8)	6,0 (4,3–8,4)	5,0 (3,2–7,7)	2,7 (1,2–5,8)	3,8 (3,1–4,7)
Frauen	5,1 (3,2–8,2)	7,3 (4,7–11,3)	8,5 (6,2–11,6)	10,9 (8,6–13,6)	10,7 (8,0–14,2)	5,9 (3,8–9,1)	8,1 (7,0–9,4)

>> Tab. 123: Lebenszeitprävalenz und 12-Monats-Prävalenz von diagnostizierter Depression, nach Geschlecht und Altersgruppen (in Prozent, mit 95 %-Konfidenzintervallen in Klammern). Quelle: Busch u. a. 2013b, S. 737; Datenbasis: DEGS 2011; nachgedruckt und bearbeitet mit Genehmigung von Rights Link Permissions Springer Nature Costumer Service Centre GmbH; Springer Nature Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland M. A. Busch, U. E. Maske, L. Ryj, R. Schlack, U. Hapke © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013.

Todesursachen laut »Europäischer Kurzliste«

	Beide Geschlechter			Männer			Frauen		
	65 bis unter 70 Jahre	70 bis unter 75 Jahre	75 bis unter 80 Jahre	65 bis unter 70 Jahre	70 bis unter 75 Jahre	75 bis unter 80 Jahre	65 bis unter 70 Jahre	70 bis unter 75 Jahre	75 bis unter 80 Jahre
Neubildungen	574,5	804,8	1.045,4	708,6	1.025,9	1.359,9	450,6	612,3	796,5
Krankheiten des Kreislaufsystems	345,8	604,0	1.163,3	500,5	841,4	1.506,8	202,7	397,4	891,4
Krankheiten des Atmungssystems	104,5	176,2	277,2	135,8	238,4	386,0	75,5	122,0	191,1
Krankheiten des Verdauungssystems	77,8	94,7	134,5	105,7	121,1	168,2	52,0	71,7	107,8
Äußere Ursachen (z. B. Unfälle)	41,2	63,1	97,0	58,3	89,7	132,2	25,4	40,0	69,2

» Tab. 124: Sterbefälle je 100.000 EW nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015. Quelle: www.gbe-bund.de; Datenbasis: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes; Darstellung verändert.

Primärprävention: Erreichte Personen

Alle Handlungsfelder		Bewegung		Ernährung		Vermeidung spezifischer Risiken und stressabhängiger Krankheiten		Verantwortlicher Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln		
	2014	2016	2014	2016	2014	2016	2014	2016	2014	2016
Alle Altersgruppen										
Gesamt	1.658.035	1.658.988	1.156.597	1.160.222	74.823	59.807	408.344	428.407	18.271	10.552
Männer	321.763	313.134	235.893	237.133	14.850	12.457	64.012	58.687	7.008	4.857
Frauen	1.336.272	1.345.854	920.704	923.089	59.973	47.350	344.332	369.720	11.263	5.695
60 bis unter 70 Jahre										
Gesamt	306.972	334.607	237.580	254.805	9.888	8.413	57.868	70.223	1.636	1.166
Männer	61.427	69.162	49.709	56.227	2.105	1.834	9.046	10.598	567	503
Frauen	245.545	265.445	187.871	198.578	7.783	6.579	48.822	59.625	1.069	663
70 Jahre und älter										
Gesamt	231.719	206.438	194.783	171.944	4.242	3.193	32.246	30.975	448	326
Männer	54.394	47.218	47.424	40.971	1.116	887	5.679	5.214	175	146
Frauen	177.325	159.220	147.359	130.973	3.126	2.306	26.567	25.761	273	180

>> Tab. 125: Primärprävention nach dem individuellen Ansatz: Erreichte Personen bei Aktivitäten zur individuellen Gesundheitsförderung unter Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland. Gliederungsmerkmale: Jahre, Alter, Geschlecht, Aktivität. Quelle: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung – Präventionsbericht, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. in: www.gbe-bund.de; Anmerkung: Die Tabelle bezieht sich auf die Anzahl der erreichten Personen, bei denen Angaben zu Handlungsfeld, Alter und Geschlecht vorlagen; die Gesamtzahl der erreichten Personen liegt geringfügig höher.

AOK-Versicherte mit Heilmittelverordnungen (in Prozent)

Altersgruppe	Ergotherapie		Sprachtherapie		Physiotherapie		Podologie	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
90 Jahre und älter	1,9	2,4	1,0	1,0	22,6	26,3	4,9	5,2
85 bis 89 Jahre	2,0	2,3	1,1	0,9	23,1	29,7	5,7	5,7
80 bis 84 Jahre	1,9	2,0	1,1	0,8	23,9	32,6	6,3	5,8
75 bis 79 Jahre	1,8	1,7	1,0	0,7	23,5	32,9	5,6	4,8
70 bis 74 Jahre	1,5	1,5	0,9	0,6	21,4	31,0	5,0	3,9
65 bis 69 Jahre	1,2	1,2	0,7	0,5	19,3	28,7	3,9	3,0
60 bis 64 Jahre	1,2	1,2	0,6	0,4	20,6	29,9	2,5	2,0
55 bis 59 Jahre	1,0	1,3	0,4	0,4	19,3	29,6	1,4	1,1
50 bis 54 Jahre	0,8	1,1	0,3	0,4	17,0	28,6	0,7	0,6
45 bis 49 Jahre	0,6	0,9	0,2	0,3	15,0	25,3	0,3	0,3
40 bis 44 Jahre	0,5	0,7	0,2	0,2	12,7	21,4	0,1	0,1
35 bis 39 Jahre	0,4	0,6	0,2	0,2	10,7	18,0	0,1	0,1
30 bis 34 Jahre	0,4	0,5	0,2	0,2	9,1	15,0	0,0	0,0
25 bis 29 Jahre	0,4	0,4	0,2	0,2	7,8	12,6	0,0	0,0
20 bis 24 Jahre	0,3	0,4	0,2	0,3	6,3	9,8	0,0	0,0
15 bis 19 Jahre	0,7	0,5	0,9	0,9	6,4	9,4	0,0	0,0
10 bis 14 Jahre	3,8	1,9	3,6	2,6	4,6	5,6	0,0	0,0
5 bis 9 Jahre	9,5	4,1	15,1	10,1	2,6	2,3	0,0	0,0
0 bis 4 Jahre	0,8	0,4	2,6	1,6	5,1	4,2	0,0	0,0

» Tab. 126: Anteil der AOK-Versicherten, die im Jahr 2016 mindestens eine Heilmittelverordnung erhielten, nach Altersgruppe, Geschlecht und Leistungsbereich (in Prozent). Quelle: Waltersbacher 2017, S. 16; Datenbasis: Wido 2016, AOK-Heilmittel-Informationssystem (AOK-HIS); Darstellung verändert.

Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen (in Prozent)

	Frauen				Männer			
	18 bis 29 Jahre	30 bis 44 Jahre	45 bis 64 Jahre	65 bis 79 Jahre	18 bis 29 Jahre	30 bis 44 Jahre	45 bis 64 Jahre	65 bis 79 Jahre
Insgesamt*	4,4	7,0	12,8	14,1	3,4	6,6	11,7	15,2
Ambulant/teilstatio- när/tagesklinisch	1,2	2,3	3,4	2,5	2,1	2,1	2,7	4,1
Stationär	3,2	4,7	9,4	11,6	1,3	4,5	9,0	11,1

* Anteil der Inanspruchnahmen von stationären und ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen pro Altersklasse, bezogen auf die letzte Rehabilitationsmaßnahme.

>> Tab. 127: Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen in den 36 Monaten vor Befragung nach Setting (in Prozent). Quelle: RKI 2015, S. 321; Datenbasis: DEGS1 2008–2011; Darstellung verändert.

Einrichtungen der Palliativversorgung

	Palliativstationen und Hospize			Ambulante Hospizdienste		SAPV-Teams		Palliativmediziner/-innen	
	Anzahl	Betten	Betten/ 1 Million EW	Anzahl	Dienste/ 1 Million EW	Anzahl	Teams/ 1 Million EW	Anzahl	Mediziner/- innen pro 100.000 EW
Baden-Württemberg	60	480	45,2	275	25,9	25	2,4	1.492	14,0
Bayern	63	593	47,1	143	11,4	37	2,9	712	5,6
Berlin	20	252	73,6	32	9,4	17	5,0	298	8,7
Brandenburg	14	141	57,6	22	9,0	12	4,9	249	10,2
Bremen	4	38	57,8	9	13,7	2	3,0	69	10,5
Hamburg	10	118	67,6	19	10,9	7	4,0	187	10,7
Hessen	32	310	51,3	96	15,9	30	5,0	933	15,4
Mecklenburg-Vorpommern	19	157	98,3	15	9,4	5	3,1	162	10,1
Niedersachsen	56	455	58,4	141	18,1	55	7,1	1.134	14,6
Nordrhein-Westfalen	127	1.033	58,8	287	16,3	13	0,7	2.164	12,3
Rheinland-Pfalz	29	211	52,8	54	13,5	4	1,0	484	12,1
Saarland	7	70	70,7	22	22,2	6	6,1	92	9,3
Sachsen	22	215	53,1	52	12,9	10	2,5	375	9,3
Sachsen-Anhalt	12	89	39,7	20	8,9	7	3,1	195	8,7
Schleswig-Holstein	15	157	55,8	51	18,1	13	4,6	374	13,3
Thüringen	13	136	62,9	30	13,9	3	1,4	153	7,1
Deutschland	503	4.455	55,2	1.268	15,7	246	3,0	9.073	11,2

Anmerkung: »Die Daten beruhen auf freiwilligen Einträgen der Leistungserbringer im »Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung« (www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de) und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Datenauswertung (incl. Plausibilitätskontrolle) erfolgte am 01.10.2015.« (DGP 2016)

» Tab. 128: Palliativstationen und stationäre Hospize, ambulante Hospizdienste, SAPV-Teams und Palliativmedizinerinnen und -mediziner nach Anzahl sowie Anzahl pro 1 Million bzw. 100.000 EW nach Bundesländern mit Stand von Oktober 2015, Quelle: RKI 2015 und DGP 2016; Datenbasis: Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung sowie www.gbe-bund.de [Palliativmedizinerinnen und -mediziner], eigene Darstellung.

Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen (in Prozent)

Jahr	65 bis unter 70 Jahre	70 bis unter 75 Jahre	75 bis unter 80 Jahre	65 bis unter 80 Jahre	80 Jahre und älter
2015	3,7	6,4	13,8	24,0	69,0

>> Tab. 129: Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen nach Alter (in Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen im jeweiligen Jahr insgesamt) im Jahr 2015; Quelle: www.gbe-bund.de; Datenbasis: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik – Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen: Grunddaten, Personalbestand, Pflegebedürftige, Empfänger und Empfängerinnen von Pflegegeldleistungen.

Situation Pflegebedürftiger mit und ohne Migrationshintergrund (in Prozent)

		Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund	Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund
Alter	Unter 60 Jahre	31	19
	60 bis unter 80 Jahre	27	32
	80 Jahre und älter	42	49
Lebensform	Alleinlebend	23	35
	Ehepaare	22	29
	Ehepaare mit Angehörigen	10	6
	Verwitwete mit Angehörigen	20	16
	Sonstige Alleinstehende mit Angehörigen	17	10
	Kinder unter 16 Jahren/Elternhaushalt	7	4
Pflegestufe	Stufe 0	11	6
	Stufe I	40	61
	Stufe II	33	26
	Stufe III	16	7

>> Tab. 130: Situation Pflegebedürftiger mit und ohne Migrationshintergrund im Jahr 2016 (in Prozent; fehlend zu 100: keine Angabe). Quelle: TNS Infratest Sozialforschung 2017, S. 162; Datenbasis: TNS Infratest Sozialforschung 2016, Studie zur Wirkung des PNG und PSG I, Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten; Darstellung verändert.

Personen, die ehrenamtlich oder privat Pflegeleistungen erbringen (in Prozent)

Region	Altersgruppe	Männer	Frauen	Insgesamt
Deutschland	55 bis 69 Jahre	16,6	23,6	20,1
	70 bis 85 Jahre	12,5	13,9	13,3
Westdeutschland	55 bis 69 Jahre	16,8	24,3	20,7
	70 bis 85 Jahre	12,8	13,8	13,3
Ostdeutschland	55 bis 69 Jahre	15,5	20,2	17,9
	70 bis 85 Jahre	11,3	14,4	13,0

» Tab. 131: Anteil von Personen, die nach eigener Einschätzung regelmäßig privat oder ehrenamtlich Pflege- oder Hilfeleistungen für gesundheitlich Beeinträchtigte erbringen, nach Region, Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.

Ausgaben für Pflegebedürftigkeit

Ausgabenquelle		In Milliarden Euro	In Prozent der öffentlichen/ privaten Ausgaben	In Prozent aller Ausgaben
Öffentliche Ausgaben	Gesamt	29,99	100,0	63,4
	Soziale Pflegeversicherung	25,45	84,9	53,8
	Private Pflegeversicherung	0,88	2,9	1,9
	Sozialhilfe	3,50	11,7	7,4
	Kriegsopferfürsorge	0,156	0,5	0,3
Private Ausgaben*	Gesamt	17,31	100,0	36,6
	Pflegeheim**	11,98	69,2	25,3
	Häusliche Pflege***	5,33	30,8	13,3
Insgesamt		47,30		

* Schätzungen (siehe Text)

** Die Angaben zu Heimentgelten und Investitionskosten bei der Berechnung der privaten Ausgaben im Pflegeheim entstammen der Pflegestatistik 2013.

*** Die monatlichen privat getragenen Pflegekosten in der häuslichen Pflege betragen für Pflegestufe I (II, III) 169 (326, 540) Euro (SOEP, Durchschnittswerte der Wellen 2010–2013).

» Tab. 132: Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2014. Quelle: Rothgang u. a. 2016, S. 135; Datenbasis: Pflegestatistik 2013, SOEP 2010 bis 2013, Statistisches Bundesamt, BMG; Darstellung verändert.

Besuch kultureller Veranstaltungen (in Prozent)

		Westdeutschland		Ostdeutschland	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen
55 bis 69 Jahre	Mehrmals in der Woche	0,3	0,5	0,0	0,8
	Einmal in der Woche	0,9	1,6	0,9	0,0
	Ein- bis dreimal im Monat	17,1	25,5	13,9	15,0
	Seltener	58,7	53,1	56,4	57,0
	Nie	23,1	19,3	28,8	27,2
70 bis 85 Jahre	Mehrmals in der Woche	0,4	0,4	0,0	0,0
	Einmal in der Woche	1,2	0,7	0,6	0,7
	Ein- bis dreimal im Monat	17,6	18,9	12,4	12,0
	Seltener	52,4	42,3	42,2	42,5
	Nie	28,4	37,7	44,9	44,8

>> Tab. 133: Besuch kultureller Veranstaltungen nach Alter und Region (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; DatenbasisDEAS 2014; Darstellung verändert.

Reichweite von Presseerzeugnissen (in Prozent)

Presseerzeugnis	60 bis 69 Jahre	70 Jahre und älter
Bild am Sonntag	16,1	15,9
Bild/Deutschland (inklusive BZ)	15,1	13,3
Bild der Frau	12,3	13,1
Stern	11,2	9,8
Der Spiegel	10,1	8,6
FOCUS	7,2	5,0
Hörzu	7,0	13,7
TV hören und sehen	7,7	10,5
Bunte	8,3	9,8
Rtv	21,5	27,9
Prisma	12,9	14,8
ADAC Motorwelt	25,9	20,3

» Tab. 134: Reichweite von Presseerzeugnissen nach Altersgruppen im Jahr 2017 (in Prozent), hier Darstellung der am weitesten verbreiteten Presse-Erzeugnisse. Quelle: Media-Analyse agma mmc 2017; eigene Darstellung.

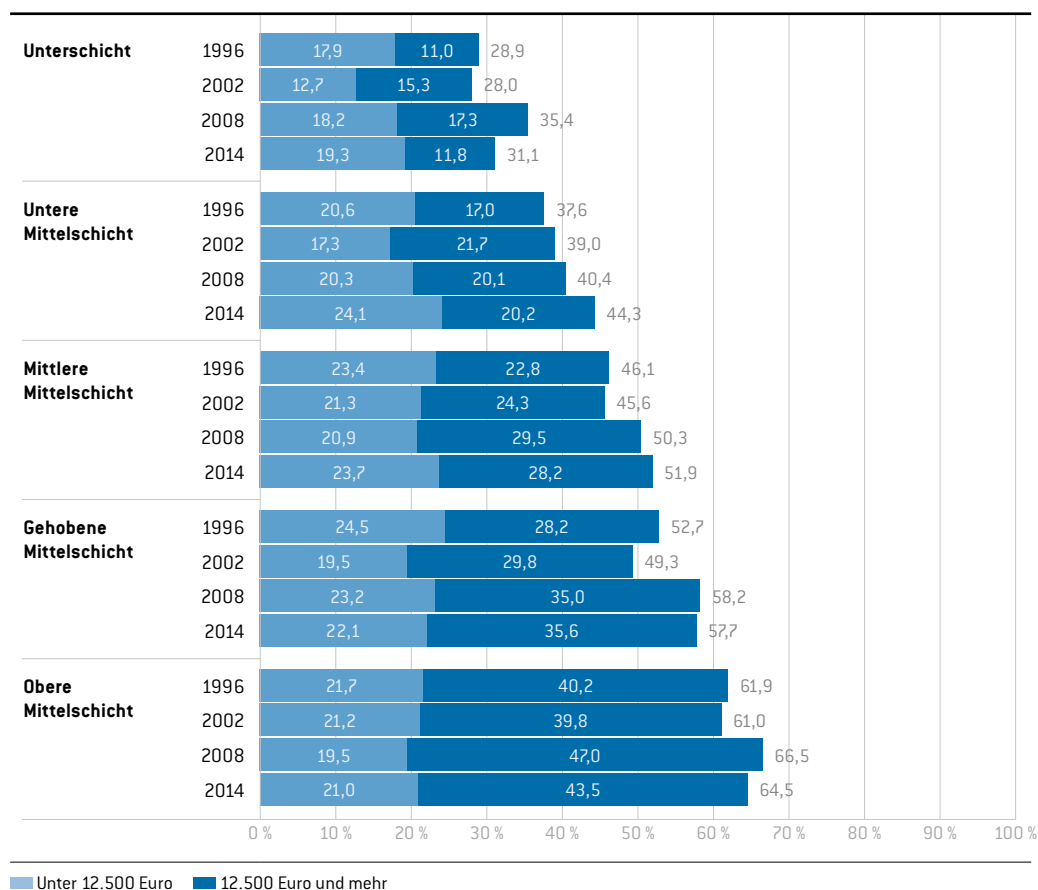
Monatliche Wohnkosten [in Prozent des Haushaltseinkommens]

Jahr	Alter/Nutzungsart	Westdeutschland			Ostdeutschland			Bundesgebiet		
		Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
1996	55 bis 69 Jahre									
	Eigentümer ohne Immobiliendarlehen	13,3	13,7	13,5	14,1	16,5	15,3	13,4	14,1	13,7
	Eigentümer mit Immobiliendarlehen	31,0	34,4	32,6	{ 30,6 }	{ 33,2 }	32,0	31,0	34,3	32,5
	Hauptmieter	30,5	32,7	31,6	23,7	26,3	25,1	27,9	30,1	29,1
	70 bis 85 Jahre									
	Eigentümer ohne Immobiliendarlehen	13,7	17,6	15,9	13,3	18,0	16,0	13,7	17,7	15,9
	Eigentümer mit Immobiliendarlehen	{ 32,7 }	//	{ 32,2 }	//	//	//	{ 32,6 }	{ 29,5 }	31,0
	Hauptmieter	26,7	32,6	30,8	21,6	25,2	24,0	25,3	30,8	29,1
2014	55 bis 69 Jahre									
	Eigentümer ohne Immobiliendarlehen	12,9	15,8	14,3	17,2	20,2	18,8	13,6	16,7	15,1
	Eigentümer mit Immobiliendarlehen	31,5	35,4	33,2	35,8	37,6	36,6	32,1	35,8	33,7
	Hauptmieter	33,8	37,5	35,7	38,9	35,4	37,0	35,0	37,0	36,1
	70 bis 85 Jahre									
	Eigentümer ohne Immobiliendarlehen	15,3	21,7	18,4	23,9	24,6	24,3	16,4	22,1	19,2
	Eigentümer mit Immobiliendarlehen	30,8	{ 38,6 }	34,6	{ 43,9 }	//	{ 43,6 }	33,0	38,9	35,7
	Hauptmieter	38,1	40,7	39,7	31,9	35,3	33,9	36,0	39,0	37,8

>> Tab. 135: Monatliche Wohnkosten von Eigentümern ohne und mit abzuzahlendem Immobiliendarlehen sowie Hauptmietern nach Altersgruppen, Region und Geschlecht [in Prozent des Haushaltseinkommens]. Quelle: Mahne u. a. 2017, S. 72, Tabelle A 19-3; Lizenz: CC 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>); Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert. Jede Zahl beruht auf Personenzahl n>30, geringere Fallzahlen von 10<n≤30 werden mit { } und von n≤10 mit // gekennzeichnet.

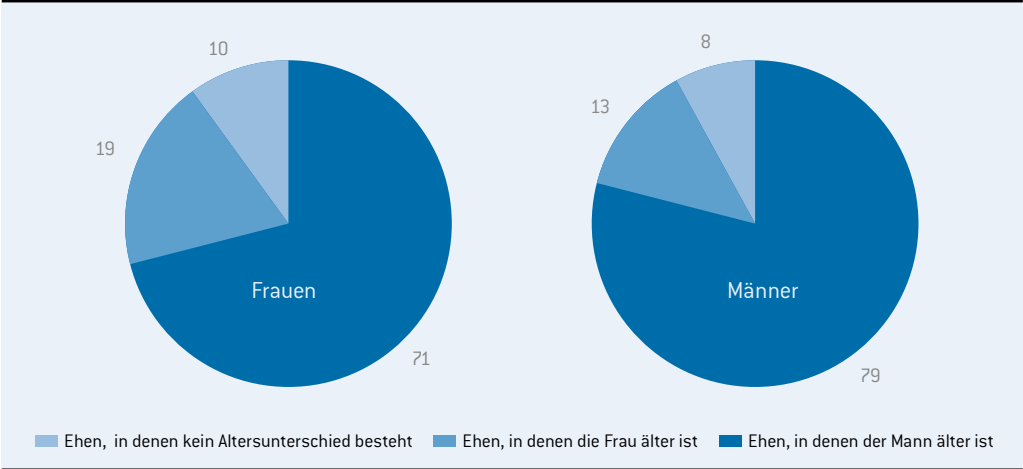
» 09.2 Abbildungen

Erhaltene Erbschaften nach sozialer Schicht



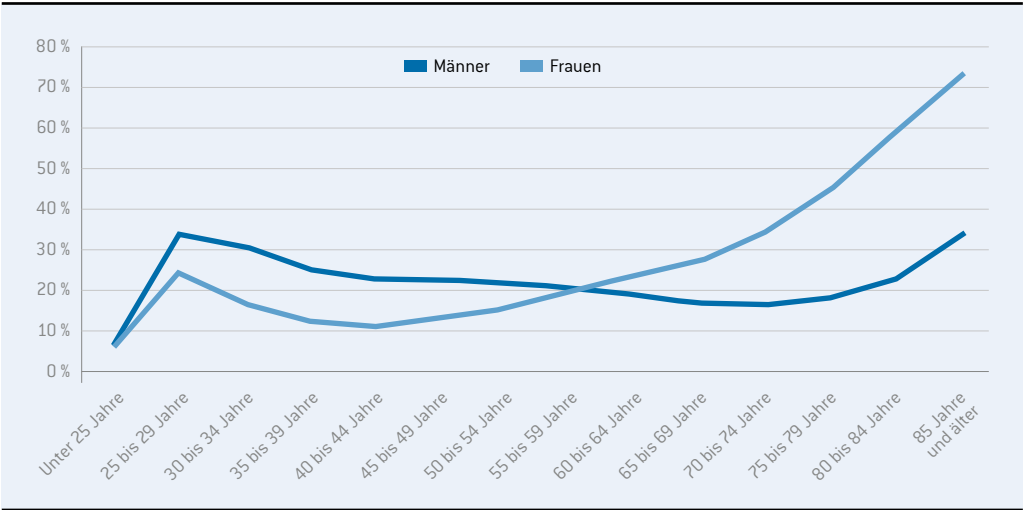
» Abb. 40: Erhaltene Erbschaften nach sozialer Schicht in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent). Quelle: Lejeune und Romeu Gordo 2017, S. 123; Lizenz: CC 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>); DEAS 1996, 2002, 2008 und 2014; Darstellung verändert.

Altersunterschiede der Ehepartner (in Prozent)



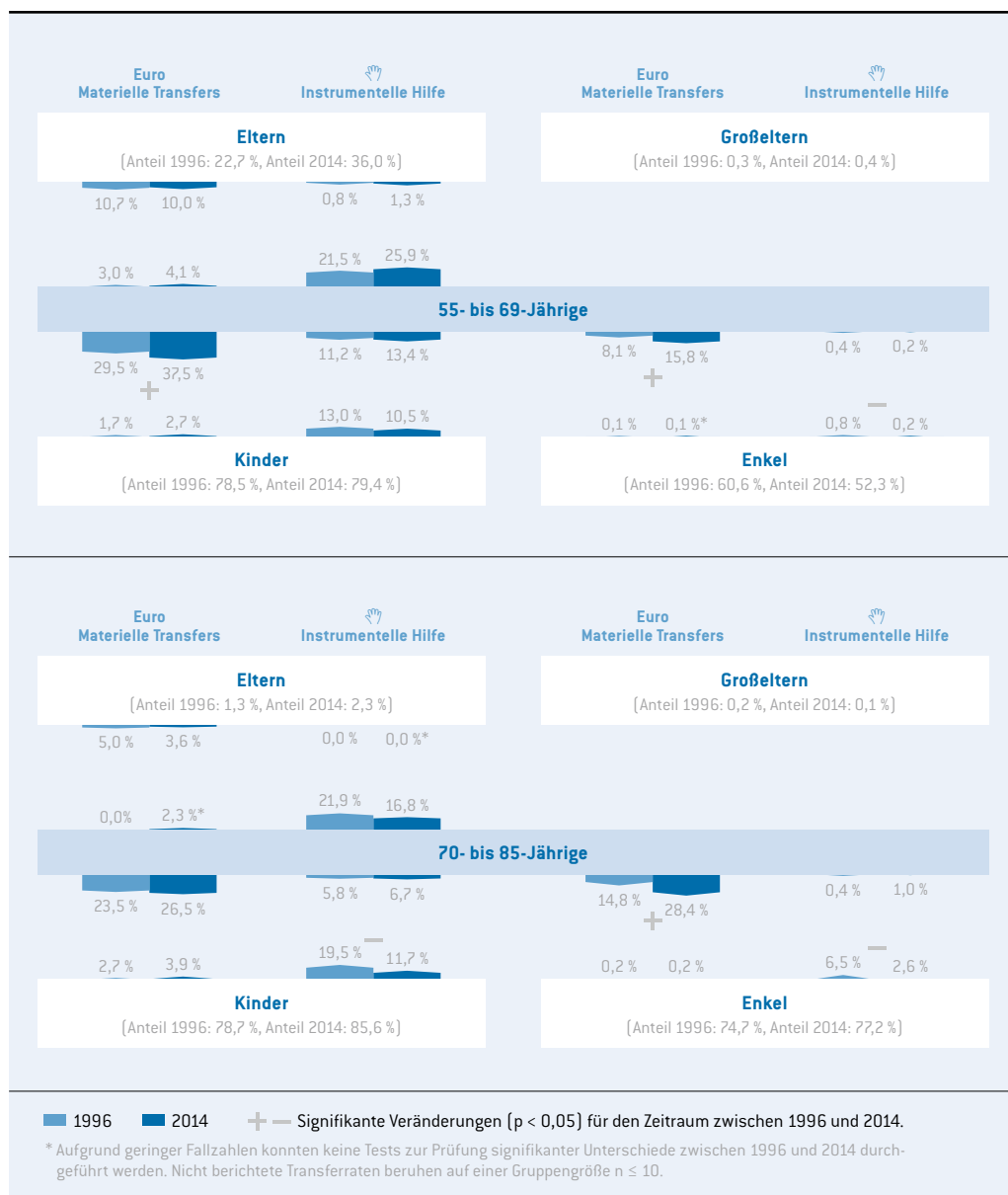
» Abb. 41: Altersunterschiede der Ehepartner in der Altersgruppe ab 65 Jahren (in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt 2016b, S. 64; Datenbasis: Mikrozensus 2014; Darstellung verändert. Anmerkung: Abweichende Anteile zwischen Männern und Frauen ergeben sich dadurch, dass die Verheirateten auch Partnerinnen oder Partner unter 65 Jahren haben können.

Anteil der Alleinlebenden



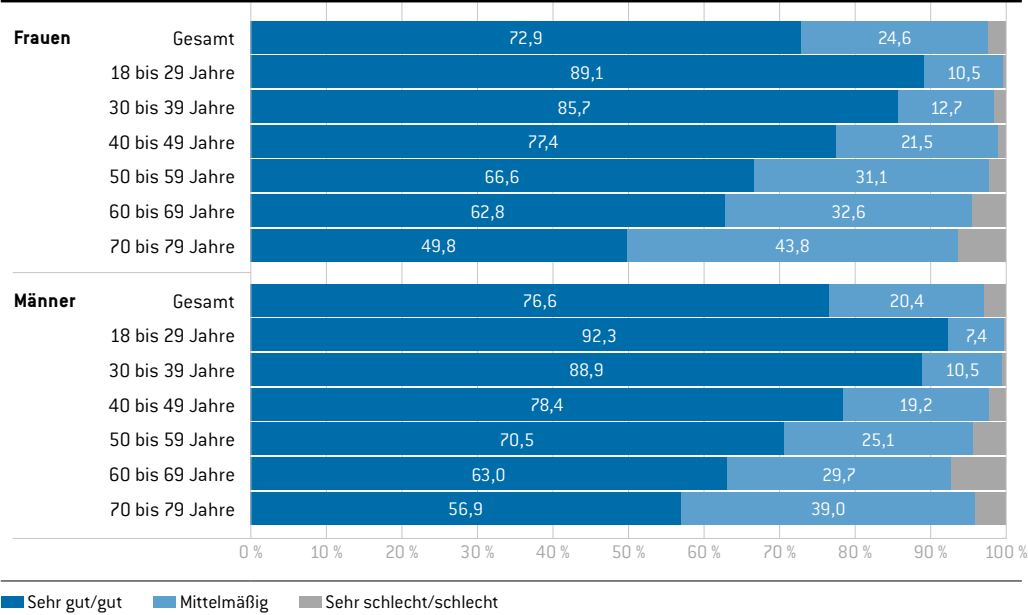
» Abb. 42: Anteil der Alleinlebenden nach Alter im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt 2016b, S. 65; Datenbasis: Mikrozensus 2014; Darstellung verändert.

Intergenerationelle materielle und immaterielle Unterstützung



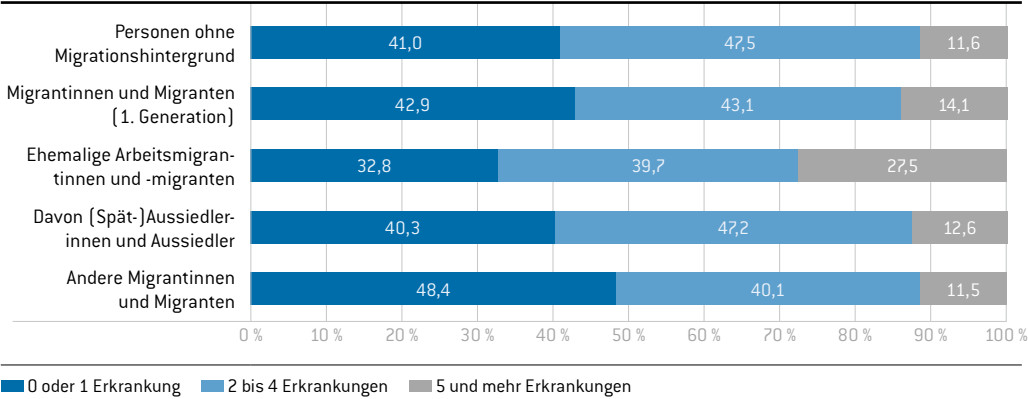
» Abb. 43: Materielle und instrumentelle Unterstützung zwischen den Generationen der 55- bis 69-Jährigen und 70- bis 85-Jährigen in den Jahren 1996 und 2014. Quelle: Klaus und Mahne 2017, S. 252 und 253; Lizenz: CC 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>); Datenbasis: DEAS 1996, 2014; Darstellung verändert.

Selbsteinschätzung der Gesundheit



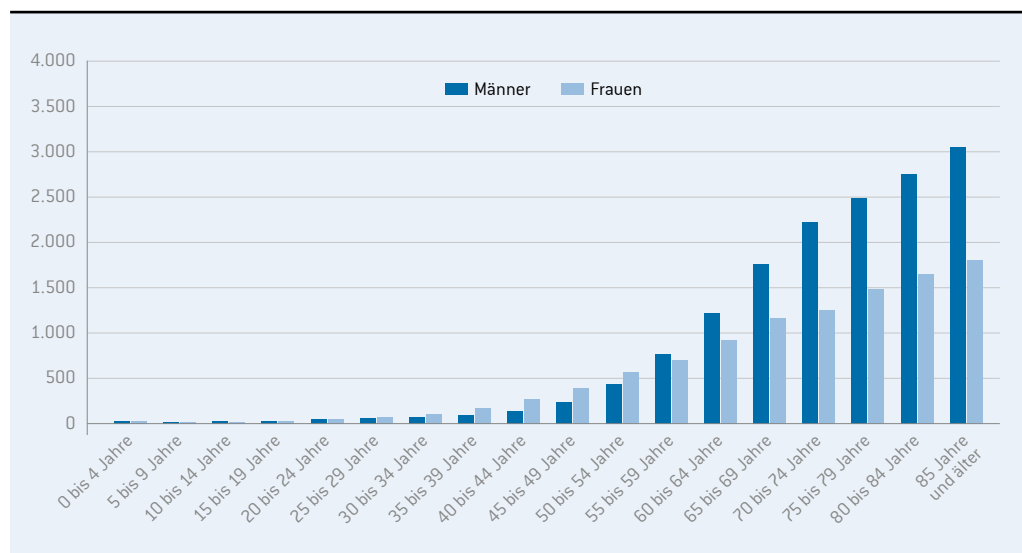
>> Abb. 44: Selbsteinschätzung der Gesundheit bei 18- bis 79-jährigen Frauen und Männern nach Altersgruppen (in Prozent). Quelle: RKI 2015, S. 32; Datenbasis: DEGS1 2008–2011; Darstellung verändert.

Anzahl körperlicher Erkrankungen und Migrationshintergrund



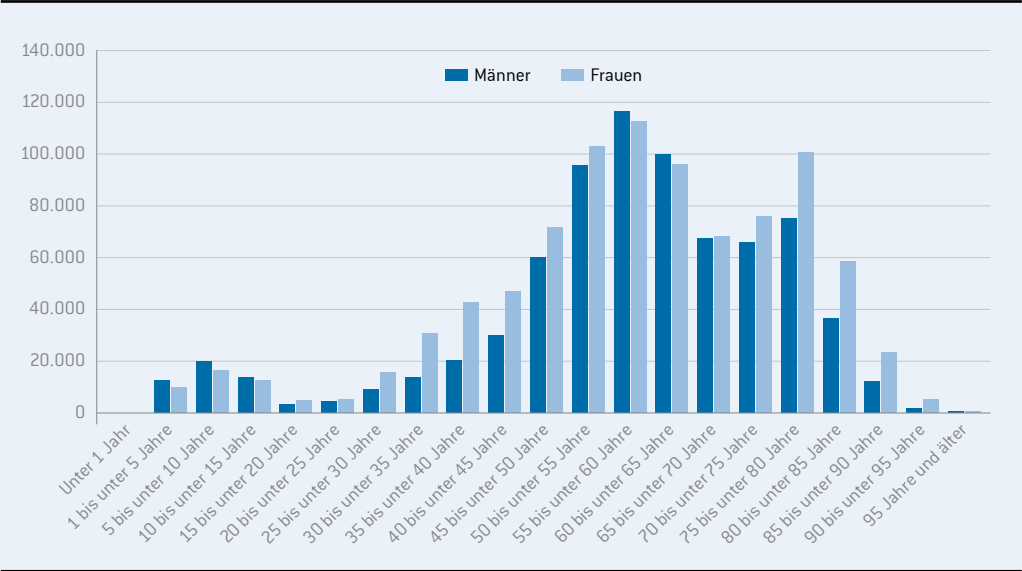
>> Abb. 45: Anzahl körperlicher Erkrankungen nach migrationsbezogener Bevölkerungsgruppe in der Altersgruppe 40 bis 85 Jahre (in Prozent). Quelle: Nowossadeck u. a. 2017, S. 33; Datenbasis: DEAS 2008/2014.

Altersspezifische Krebs-Erkrankungsraten (je 100.000 EW)



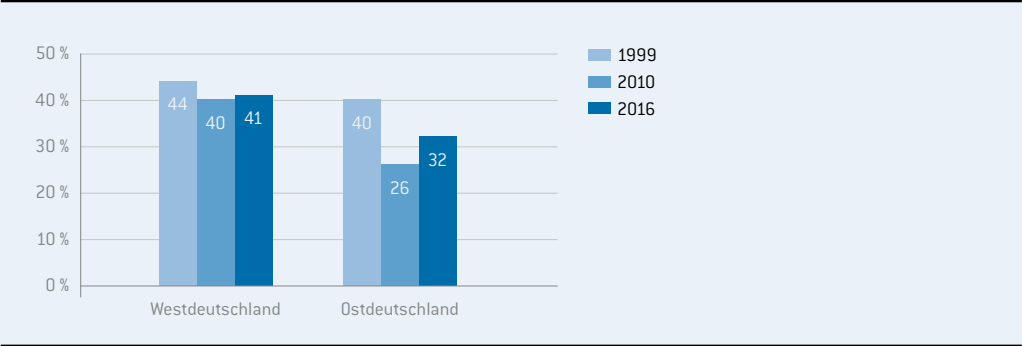
» Abb. 46: Altersspezifische Krebserkrankungsrate (ICD-10 C00 bis C97 ohne C44) nach Geschlecht und Altersgruppen (je 100.000 EW). Quelle: RKI und ZKR 2017, S. 21; Datenbasis: Krebsregisterdaten 2013/2014; Darstellung verändert.

Vollstationäre Patientinnen und Patienten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen



>> Abb. 47: Vollstationäre Patientinnen und Patienten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Einrichtungen mit mehr als 100 Betten im Jahr 2016. Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017j, S. 10, 12 und 14; Datenbasis: Diagnosestatistik; eigene Berechnungen und Darstellung.

Pflegebedürftige mit Sozialhilfebezug in vollstationären Einrichtungen



>> Abb. 48: Pflegebedürftige mit Sozialhilfebezug in vollstationären Einrichtungen nach Region in den Jahren 1999, 2010 und 2016 (in Prozent). Quelle: TNS Infratest Sozialforschung 2017, S. 247; Datenbasis: TNS Infratest Sozialforschung 2016, Studie zur Wirkung des PNG und PSG I, Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen; Darstellung verändert.

» 09.3 Abkürzungsverzeichnis

AAL	Ambient Assisted Living	DZA	Deutsches Zentrum für Altersforschung
ADS-K	Allgemeine Depressionsskala – Kurzversion	E./km ²	Einwohnerinnen und Einwohner pro Quadratkilometer
ALLBUS	Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften	EACP	European Association for Palliative Care
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen	EARSS	European Antimicrobial Resistance Surveillance System
AOK-HIS	AOK-Heilmittel-Informations-System	EHIS	European Health Interview Survey – Europäische Gesundheitsumfrage
ARD	Arbeitsgemeinschaft der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten der Bundesrepublik Deutschland	ESA	Epidemiologischer Suchtsurvey
ASID	Alterssicherung in Deutschland	EU	Europäische Union
BBR	Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung	EW	Einwohnerinnen und Einwohner
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung	FOBT	Fäkaler okkultter Bluttest
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	FWS	Deutscher Freiwilligensurvey
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
BMI	Body Mass Index	GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
BMVBS	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung	GEKID	Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland
BZÄK	Bundeszahnärztekammer	GESIS	Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen (heute: GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften)
CASMIN	Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations (Bildungsklassifikation)	GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease – Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
DEAS	Deutscher Alterssurvey	IAQ	Institut Arbeit und Qualifikation
DEGS1	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland	ICD	International Classification of Diseases – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin	IDZ	Institut der Deutschen Zahnärzte
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen	INKAR	Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung in Deutschland
DMS V	Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie	ISCED	International Standard Classification of Education – Internationale Standarddefinition des Bildungswesens
DRG	Diagnosis Related Groups – Diagnosebezogene Fallgruppen	KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
DRV	Deutsche Rentenversicherung	KFU	Krebsfrüherkennungsuntersuchungen
		KI	Konfidenzintervall
		KHK	Koronare Herzkrankheit

KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
LWR	Laufende Wirtschaftsrechnungen
MID	Mobilität in Deutschland
MIV	Motorisierter Individualverkehr
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
ÖPV	Öffentlicher Personenverkehr
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
PIM	Potentiell inadäquate Medikation
PNG	Pflegeneuausrichtungsgesetz
PSG	Pflegestärkungsgesetz
RBEG	Regelbedarfsermittlungsgesetz
RKI	Robert Koch-Institut
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SF-36	Short Form 36 – Fragebogen zum Gesundheitszustand
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozioökonomisches Panel
WHO	World Health Organization – Weltgesundheitsorganisation
WZB	Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH

Bevölkerung sowie Möglichkeiten zu international vergleichenden Gesellschaftsanalysen

Erhebungszeitpunkte: Zweijährlich

Methoden: Computerunterstützte, persönlich-mündlich geführte, vollstandardisierte Interviews; einwohnermelderegisterbasierte Meldeamtsstichprobe (für jede Erhebung neue Ziehung) mit den Auswahlstufen Gemeinden – Personen

Wer wird befragt? Bis 1990 betrug die Stichprobengröße 3.000 Befragte und umfasste ausschließlich in Deutschland wahlberechtigte Personen. 1991 wurden je 1.500 Interviews in Ost- und Westdeutschland geführt und die Grundgesamtheit auf die erwachsene Wohnbevölkerung (d. h. Deutsche und Ausländerinnen und Ausländer) in West- und Ostdeutschland ausgedehnt. Seit 1992 wird eine Nettofallzahl von 3.500 Privatpersonen (2.400 in Westdeutschland, 1.100 in Ostdeutschland) angestrebt; Ostdeutsche sind damit überrepräsentiert.

Weitere Informationen: www.gesis.org/allbus

Beschäftigungsstatistik

Leitung: Bundesagentur für Arbeit

Ziel der Erhebung: Die Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit liefert Daten zum Bestand der Beschäftigten in Deutschland.

Definitionen: »Beschäftigte im Sinne der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit sind sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigte. Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte umfassen alle Arbeitnehmer/innen, die kranken-, renten-, pflegeversicherungspflichtig und/oder beitragspflichtig nach dem Recht der Arbeitsförderung sind oder für die Beitragsanteile zur gesetzlichen Rentenversicherung oder nach dem Recht der Arbeitsförderung zu zahlen sind.« (Bundesagentur für Arbeit 2017f, S. 9) »Zu den geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen zählen Arbeitsverhältnisse mit einem niedrigen Lohn (geringfügig entlohnte Beschäftigung) oder mit einer

>> 09.4 Glossar Datenquellen

ALLBUS – Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften

Finanzierung: Gemeinsame Zuwendung des Bundes und der Länder an die durchführende Institution, das GESIS – Leibniz Institut für Sozialwissenschaften

Leitung: GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Ziel der Erhebung: Querschnittliche Daten zu Einstellungen und Verhaltensweisen der deutschen

kurzen Dauer (kurzfristige Beschäftigung). [...] Eine geringfügig entlohnte Beschäftigung [...] liegt vor, wenn das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung [...] regelmäßig im Monat die Geringfügigkeitsgrenze nicht überschreitet.« (Bundesagentur für Arbeit 2017g, Hervorhebungen entfernt)

Erhebungszeitpunkte: Monatlich

Methoden: Auswertung der Meldungen der Arbeitgeber zur Sozialversicherung

Was wird erfragt? Meldedaten

Weitere Informationen: <https://statistik.arbeitsagentur.de>

DEAS – Deutscher Alterssurvey

Förderung: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)

Leitung: Deutsches Zentrum für Altersfragen

Ziel der Erhebung: In der bundesweiten repräsentativen Erhebung werden die Teilnehmenden unter anderem zu ihrem beruflichen Status oder ihrem Leben im Ruhestand, zu gesellschaftlicher Partizipation und nachberuflichen Aktivitäten, zu wirtschaftlicher Lage und Wohnsituation, zu familiären und sonstigen sozialen Kontakten sowie zu Gesundheit, Wohlbefinden und Lebenszielen befragt.

Erhebungszeitpunkte: 1996, 2002, 2008, 2011, 2014

Methoden: Quer- und Längsschnittbefragung, persönliche und telefonische Interviews, Tests und Fragebögen; Prozentangaben gewichtet und gerundet; sofern nicht anders gekennzeichnet beruhen die Angaben auf einer Zahl von Personen $n > 30$.

Wer wird befragt? Insgesamt wurden bisher ca. 20.700 Personen im Alter über 40 Jahre befragt (über alle Jahre). Seit 2008 werden in Deutschland lebende ausländische Menschen mit einbezogen, d. h. die Wohnbevölkerung ist die Grundgesamtheit. Interviews werden jedoch nur in deutscher Sprache geführt. Personen in Gemeinschaftsunterkünften

(z. B. Pflegeheimen) werden nicht befragt. Angaben zu »Westdeutschland« beziehen immer das Gebiet des ehemaligen »West-Berlin«, Angaben zu »Ostdeutschland« das Gebiet des ehemaligen Ost-Berlin ein.

Weitere Informationen: www.dza.de/forschung/deas.html, Erhebung 2014: Open Access (frei zugänglich) unter: www.springer.com/de/book/9783658125011

DEGS – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland

Leitung: Robert Koch-Institut (RKI)

Ziel der Erhebung: Repräsentative Daten zur gesundheitlichen Situation der in Deutschland lebenden Erwachsenen

Erhebungszeitpunkte: DEGS1: 2008 bis 2011

Methode: Ärztliche Interviews, Fragebögen, körperliche Untersuchungen und Laboruntersuchungen

Wer wird befragt? Rund 8.000 Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren

Weitere Informationen: www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/downloads_links.html

FWS – Deutscher Freiwilligensurvey

Förderung: Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)

Leitung: Deutsches Zentrum für Altersfragen (seit Ende 2011)

Ziel der Erhebung: Daten zum Umfang freiwilliger Tätigkeiten und Bereitschaft zu freiwilligem Engagement

Erhebungszeitpunkte: 1999, 2004, 2009, 2014

Methoden: Telefonische Interviews (Festnetz und Mobiltelefone)

Wer wird befragt? Im Jahr 2014 wurden 28.690 Personen in Privathaushalten ab 14 Jahren befragt, insgesamt ca. 78.000 (alle Jahre). 2014 wurden

Interviews außer in Deutsch in fünf verschiedenen Sprachen geführt (insgesamt 705 fremdsprachige Interviews), um Menschen mit Migrationshintergrund stärker einzubeziehen.

Weitere Informationen: www.dza.de/forschung/fws.html, *Erhebung 2014*: Open Access (frei zugänglich) unter: www.springer.com/de/book/9783658126438

GEDA – Gesundheit in Deutschland.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Leitung: Robert Koch-Institut (RKI)

Ziel der Erhebung: Kontinuierliche Beobachtung von Entwicklungen im Krankheitsgeschehen sowie im Gesundheits- und Risikoverhalten der Bevölkerung.

Erhebungszeitpunkte: 2009, 2010, 2012, 2014/15

Methode: Telefonische Interviews (Festnetz)

Wer wird befragt? 2012 wurden rund 19.000 Personen ab 18 Jahren in Privathaushalten befragt. In die GEDA-Erhebung 2014/15 wurde der European Health Interview Survey (EHIS) integriert.

Weitere Informationen: www.geda-studie.de/deutsch/home.html

LWR – Laufende Wirtschaftsrechnung

Leitung: Statistisches Bundesamt

Ziel der Erhebung: Daten zu Einnahmen und Ausgaben, Wohnverhältnissen und Ausstattung mit ausgewählten Gebrauchsgütern von Privathaushalten in Deutschland

Erhebungszeitpunkte: Jährlich

Methode: Befragung von Privathaushalten (Fragebogen, Haushaltsbuch)

Wer wird befragt? Jährlich bundesweit rund 8.000 Haushalte. Die LWR »wird als Unterstichprobe der jeweils vorangegangenen EVS realisiert« (Statistisches Bundesamt 2017c, S. 4). »Die Haushalte von Selbständigen [...] werden aus der

Auswahlgrundlage der EVS ausgeschlossen, weil sie nach der Rechtsgrundlage für die LWR nicht befragt werden dürfen« (ebd.). Ausgewählt werden nur Haushalte, die bei der EVS ein Haushaltsbuch geführt haben. Die Ergebnisse 2015 »basieren auf den Aufzeichnungen von 7.648 Haushalten, die auf die Grundgesamtheit von rund 37,2 Millionen Haushalten hochgerechnet wurden« (ebd.).

Weitere Informationen: www.destatis.de

Mikrozensus

Der Mikrozensus gilt als die »kleine Volkszählung«. Im Vergleich zum Zensus werden im Mikrozensus mehr und detailliertere Fragen anhand einer kleineren Stichprobe erhoben. Da sich in der Zensus-Erhebung 2011 herausstellte, dass die Einwohnerzahl Deutschlands niedriger ist als bislang angenommen, musste die Datenbasis für die Hochrechnung der Mikrozensus-Ergebnisse angepasst werden. Damit sind die Mikrozensus-Ergebnisse vor und nach 2011 nur eingeschränkt miteinander vergleichbar (Statistisches Bundesamt 2017m).

Leitung: Statistisches Bundesamt, Statistische Landesämter

Ziel der Erhebung: Gewinnung von Daten zur Bevölkerungsstruktur sowie zur wirtschaftlichen und sozialen Lage.

Erhebungszeitpunkte: Jährlich seit 1957 in Westdeutschland, seit 1991 auch in den neuen Bundesländern.

Methode: Persönliche Interviews oder schriftliche Fragebögen.

Wer wird befragt? Jährlich 830.000 Personen in Privathaushalten und Gemeinschaftsunterkünften (1 % der Bevölkerung). Ausgewählte Teilnehmende unterliegen im Gegensatz zu anderen Studien, bei denen die Teilnahme freiwillig ist, der Auskunftspflicht (§ 13 Mikrozensusgesetz).

Weitere Informationen: www.destatis.de

Mikrozensus/Arbeitskräfteerhebung

Leitung: Statistisches Bundesamt, Statistische Landesämter

Ziel der Erhebung: EU-weit harmonisierte Daten zur Erwerbsbeteiligung und Erwerbslosigkeit. Die Arbeitskräfteerhebung ist in den Mikrozensus integriert. Die meisten Merkmale der zwischen den EU-Mitgliedstaaten harmonisierten Arbeitskräfteerhebung sind auch Merkmale des Mikrozensus. Angaben zu Merkmalen, die ausschließlich Merkmale der Europäischen Union (EU)-Arbeitskräftestichprobe darstellen, sind freiwillig (Statistisches Bundesamt 2017n).

Den Erhebungen des Mikrozensus zur Erwerbstätigkeit liegt das Labour-Force-Konzept der Internationalen Arbeitsagentur (International Labour Organization, ILO) zugrunde. Das ILO-Konzept rechnet Personen den Erwerbstätigen zu, wenn diese mindestens 15 Jahre alt sind und in einem einwöchigen Berichtszeitraum »wenigstens eine Stunde gegen Entgelt irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachgehen bzw. in einem Arbeitsverhältnis stehen (einschließlich Soldaten und Soldatinnen sowie mithelfender Familienangehörige), selbständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen freien Beruf ausüben« (Statistisches Bundesamt 2016f, S. 8). Nach dieser Definition müssen Erwerbslose nicht arbeitslos gemeldet sein.

Die auf dem Labour-Force-Konzept der ILO beruhenden Daten des Mikrozensus unterscheiden sich erheblich von der Arbeitslosenstatistik der Bundesagentur für Arbeit. Unterschiede resultieren daraus, dass »nicht bei den Arbeitsagenturen registrierte Arbeitssuchende erwerbslos sein« können und andererseits »Arbeitslose, die eine geringfügige Beschäftigung ausüben, nach ILO-Definition nicht als Erwerbslose, sondern als Erwerbstätige« gezählt werden (Statistisches Bundesamt 2016a, S. 8).

Definitionen: »Erwerbslose sind Personen ohne Erwerbstätigkeit, die sich in den letzten vier

Wochen aktiv um eine Arbeitsstelle bemüht haben und sofort, d. h. innerhalb von zwei Wochen, für die Aufnahme einer Tätigkeit zur Verfügung stehen. Dabei spielt es keine Rolle, ob sie bei einer Arbeitsagentur als Arbeitslose gemeldet sind. Zu beachten ist, dass das Verfügbarkeitskriterium bei den veröffentlichten Erwerbslosenzahlen der Mikrozensus bis einschließlich 2004 nicht berücksichtigt wurde. Die Unterschiede zwischen den Erwerbslosen und den Arbeitslosen der Bundesagentur für Arbeit (BA) sind erheblich. Einerseits können nicht bei den Arbeitsagenturen registrierte Arbeitssuchende erwerbslos sein. Andererseits zählen Arbeitslose, die eine geringfügige Tätigkeit ausüben, nach ILO-Definition nicht als Erwerbslose, sondern als Erwerbstätige.

Erwerbslosenquote: Prozentualer Anteil der Erwerbslosen an den Erwerbspersonen

Erwerbspersonen setzen sich aus Erwerbstätigen und Erwerbslosen zusammen

Erwerbstätige sind Personen im Alter von 15 Jahren und mehr, die im Berichtszeitraum wenigstens 1 Stunde gegen Entgelt irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachgehen bzw. in einem Arbeitsverhältnis stehen (einschließlich Soldaten und Soldatinnen sowie mithelfender Familienangehöriger), selbständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen Freien Beruf ausüben. [...] Nach diesem Konzept gelten auch Personen mit einer »geringfügigen Beschäftigung« als erwerbstätig. [...]

Erwerbstätigenquote: Prozentualer Anteil der Erwerbstätigen an der Bevölkerung. In vielen Fällen erfolgt der Ausweis von Erwerbstätigenquoten ausschließlich für Personen im erwerbsfähigen Alter von 15 bis unter 65 Jahren.

Erwerbsquote: Prozentualer Anteil der Erwerbspersonen an der Bevölkerung. In vielen Fällen erfolgt der Ausweis von Erwerbsquoten ausschließ-

lich für Personen im erwerbsfähigen Alter von 15 bis unter 65 Jahren.

Nichterwerbspersonen sind Personen, die nach dem ILO-Konzept weder als erwerbstätig noch als erwerbslos einzustufen sind.« [Statistisches Bundesamt 2016f, S. 7–8]

Erhebungszeitpunkte: Jährlich seit 1957 in Westdeutschland, seit 1991 auch in den neuen Bundesländern.

Methode: Persönliche Interviews oder schriftliche Fragebögen

Wer wird befragt? Jährlich 830.000 Personen in Privathaushalten und Gemeinschaftsunterkünften (1 % der Bevölkerung). Ausgewählte Teilnehmende unterliegen im Gegensatz zu anderen Studien, bei denen die Teilnahme freiwillig ist, der Auskunftspflicht (§ 13 Mikrozensusgesetz).

Zugang zu Ergebnissen: www.destatis.de

SOEP – Sozio-ökonomisches Panel

Förderung: Seit 2003 institutionelle Förderung durch Mittel des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Länder

Leitung: »Serviceeinrichtung für die Forschung« im Rahmen der Leibniz-Gemeinschaft mit Sitz am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW)

Ziel der Erhebung: Repräsentative Daten zu Lebensbedingungen (u. a. Einkommen, Erwerbstätigkeit, Bildung, Wohnen und Gesundheit), Wertvorstellungen und Persönlichkeitseigenschaften privater Personen (und Haushalte) in Deutschland

Erhebungszeitpunkte: Jährlich

Methoden: Repräsentative Wiederholungsbefragung privater Haushalte und Personen seit 1984; Fragebogen; Face-to-Face-Interviews

Wer wird befragt? Fast 11.000 private Haushalte mit etwa 30.000 erwachsenen Mitgliedern (Erhe-

bung von Informationen über Kinder); Ausweitung der Befragung auf Gebiet der ehemaligen DDR im Juni 1990; Einführung einer »Zuwandererstichprobe« 1994/1995; seitdem Integration weiterer Stichproben zur Berücksichtigung besonderer Gruppen sowie zur Erhöhung und Stabilisierung der Stichprobengröße

Weitere Informationen: www.diw.de/de/soep

Zensus

Der Zensus ist eine gesetzlich angeordnete Bevölkerungs-, Gebäude- und Wohnungszählung. Vorläufer der Erhebung waren die Volkszählungen.

Leitung: Statistisches Bundesamt

Ziel der Erhebung: Basisdaten zur Bevölkerung, Erwerbstätigkeit und Wohnsituation

Erhebungszeitpunkt: Mai 2011

Methode: Nutzung vorhandener Verwaltungsdaten (z. B. Melderegister, Arbeitsagentur); ergänzende Befragungen: Gebäude- und Wohnungszählung, Haushaltebefragung und Befragung in Wohnheimen und Gemeinschaftsunterkünften

Wer wird befragt? Für die Gebäude- und Wohnungszählung alle Eigentümerinnen und Eigentümer (Vollerhebung), für die Haushaltebefragung 10 % der Bevölkerung, d. h. 7,9 Millionen Personen, und für die Befragung in Wohnheimen und Gemeinschaftsunterkünften alle Bewohnerinnen und Bewohner bzw. in sensiblen Einrichtungen (Justizvollzugsanstalten, Notunterkünften) die Einrichtungsleitung (Vollerhebung). Teilnehmende unterliegen im Gegensatz zu anderen Studien, bei denen die Teilnahme freiwillig ist, der Auskunftspflicht (§ 18 Zensusgesetz 2011).

Weitere Informationen: www.zensus2011.de

» 09.5 Literaturverzeichnis

- Aichberger, M. C.; Neuner, B.; Rapp, M. A.; Hapke, U.; Schouler-Ocak, M.; Busch M. A. (2012):** Der Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen in der älteren Bevölkerung in Deutschland. In: Psychiatrische Praxis 39 (3), S. 116–121. Epub 2011 Nov 28. DOI 10.1055/s-0031-1276936.
- Annemans, L.; Spaepen, E.; Gaskin, M.; Bonnemaiere, M.; Malier, V.; Gilbert, T.; Nuki, G. (2008):** Gout in the UK and in Germany: prevalence, comorbidities and management in general practice 2000–2005. In: Annals of the Rheumatic Diseases, Jg. 67, S. 960–966.
- ARD-Mediendaten (2016):** Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung 2016, Datenbasis: ma 2016 Radio II. Online verfügbar: www.ard.de/home/intern/fakten/ard-mediendaten/Mediennutzung_und_Freizeitbeschaeftigung/408808/index.html [letzter Zugriff am 15.12.2017].
- ARD-Mediendaten (2018):** Sehdauer pro Tag in Deutschland West und Ost nach Altersgruppen, Montag bis Sonntag in Minuten. Quelle: AGF in Zusammenarbeit GfK. TV Scope. Online verfügbar: www.ard.de/home/intern/fakten/ard-mediendaten/Sehdauer_pro_Tag_in_Deutschland_West_und_Ost/408918/index.html [letzter Zugriff 26.04.2018].
- Bäcker, G.; Jansen, A.; Schmitz, J. (2017):** Rente erst am 70? Probleme und Perspektiven des Altersübergangs. Gutachten für den DGB-Bundesvorstand, IAQ-Forschung 02/2017. Online verfügbar: www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Alter-Rente/Dokumente/2017_05_DGB_Rente_erst_ab_70_Lang.pdf [letzter Zugriff am 21.05.2017].
- BÄK – Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2013):** Nationale VersorgungsLeitlinie Therapie des Typ-2-Diabetes – Kurzfassung. 1. Auflage, Version 4. 2013, zuletzt verändert: November 2014. Online verfügbar: www.dm-therapie.versorgungsleitlinien.de. DOI 10.6101/AZQ/000215 [letzter Zugriff am 05.02.2018].
- BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2014):** Potenzialanalyse altersgerechte Wohnungsanpassung. Bonn.
- BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2017):** INKAR. Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung. Online verfügbar: www.inkar.de [letzter Zugriff am 14.01.2018].
- BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2018):** Laufende Raumb Beobachtung. Raumabgrenzungen. Stadt-Land-Regionen. Siedlungsstrukturtyp. Online verfügbar: www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumb Beobachtung/Raumabgrenzungen/Stadt-LandRegionen_Typen/StadtLandRegionen_Typen.html?nn=443270 [letzter Zugriff am 07.02.2019].
- Bertelsmann Stiftung (2015):** Palliativversorgung. Spotlight Gesundheit. Daten, Analysen, Perspektiven. Online verfügbar: www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/SPOTGes_VV.Palliativversorgung.2015.pdf [letzter Zugriff am 04.02.2018].

- Beyer, A.-K.; Wurm, S.; Wolff, J. K. (2017):** Älter werden – Gewinn oder Verlust? Individuelle Altersbilder und Altersdiskriminierung. In: Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS), S. 329–343. Online verfügbar [Open Access]: www.springer.com/de/book/9783658125011. DOI 10.1007/978-3-658-12502-8 [letzter Zugriff am 15.12.2017].
- Blohm, M.; Walter, J. (2016):** Einstellungen zur Rolle der Frau und der des Mannes. In: Statistisches Bundesamt; WZB (Hg.): Datenreport 2016. Bonn, S. 417–431. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2016.pdf?_blob=publicationFile [letzter Zugriff am 19.12.2017].
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016):** Ergänzender Bericht der Bundesregierung zum Rentenversicherungsbericht 2016 gemäß § 154 Abs. 2 SGB VI (Alterssicherungsbericht 2016). Online verfügbar: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Pressemitteilungen/2016/alterssicherungsbericht-2016.pdf?_blob=publicationFile&v=3 [letzter Zugriff am 28.12.2017].
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2001):** Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation: Alter und Gesellschaft. Berlin.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2010):** Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2016):** Sechster Pflegebericht. Online verfügbar: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/6.Pflegebericht.pdf [letzter Zugriff am 22.01.2018].
- BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Hg.) (2010):** Mobilität in Deutschland 2008. Ergebnisbericht. Bonn und Berlin.
- BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (2011):** Wohnen im Alter. Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf. Forschungen, Heft 147. Bonn und Berlin.
- Bödeker, B.; Remschmidt, C.; Schmich, P.; Wichmann, O. (2015a):** Why are older adults and individuals with underlying chronic diseases in Germany not vaccinated against flu? A population-based study. In: BMC Public Health, 15, 618. Online verfügbar: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4492002/pdf/12889_2015_Article_1970.pdf. DOI 10.1186/s12889-015-1970-4 [letzter Zugriff am 07.02.2019].
- Bödeker, B. (2015b):** Influenza-Impfquoten und Impfverhalten von älteren Menschen und Personen mit chronischen Erkrankungen in den Saisons 2012/13 und 2013/14. In: RKI (Hg.): Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland Saison 2014/2015. Berlin.
- Böger, A.; Huxhold, O.; Wolff J.K. (2017a):** Wahlverwandtschaften: Sind Freundschaften für die soziale Integration wichtiger geworden? In Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS), S. 257–271. Online verfügbar [Open Access]: www.springer.com/de/book/9783658125011. DOI 10.1007/978-3-658-12502-8 [letzter Zugriff am 30.11.2017].
- Böger A.; Wetzel M.; Huxhold, O. (2017b):** Allein unter vielen oder zusammen ausgeschlossen: Einsamkeit und wahrgenommene soziale Exklusion in der zweiten Lebenshälfte. In Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS), S. 273–285. Online verfügbar [Open Access]: www.springer.com/de/book/9783658125011. DOI 10.1007/978-3-658-12502-8 [letzter Zugriff am 30.11.2017].

- Borrmann, A; Mensink, G. B. M. (2016):** Kochhäufigkeit in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 1 (2), S. 43–49. DOI 10.17886/RKI-GBE-2016-037.
- Brussig, M. (2010):** Künftig mehr Zugänge in Altersrenten absehbar. In: Altersübergangs-Report 2010-02. Online verfügbar: www.iaq.uni-due.de/auem-report/2010/2010-02/auem2010-02.pdf [letzter Zugriff: 27.12.2017].
- Brussig, M. (2015):** Alter beim Austritt aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung ist gestiegen. Altersübergangsreport 2015-01. Online verfügbar: www.iaq.uni-due.de/auem-report/2015/auem2015-01.pdf [letzter Zugriff: 27.12.2017].
- Bundesagentur für Arbeit (2017a):** Berichte: Analyse Arbeitsmarkt. Arbeitsmarkt für Ältere (Monatszahlen). Deutschland, Juli 2017. Online verfügbar: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201707/analyse/analyse-d-arbeitsmarkt-aeltere/analyse-d-arbeitsmarkt-aeltere-d-0-201707.pdf> [letzter Zugriff am 27.12.2017].
- Bundesagentur für Arbeit (2017b):** Glossar der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit. Online verfügbar: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistischer-Content/Grundlagen/Glossare/Generische-Publikationen/BST-Glossar-Gesamtglossar.pdf> [letzter Zugriff am 27.12.2017].
- Bundesagentur für Arbeit (2017c):** Tabellen. Beschäftigte nach Altersgruppen (Zeitreihe Quartalszahlen). Deutschland. Online verfügbar: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Themen/Beschaeftigung/Beschaeftigung-Nav.html> [letzter Zugriff am 27.12.2017].
- Bundesagentur für Arbeit (2017d):** Tabellen. Beschäftigte nach Altersgruppen (Zeitreihe Quartalszahlen). Westdeutschland. Online verfügbar: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Themen/Beschaeftigung/Beschaeftigung-Nav.html> [letzter Zugriff am 27.12.2017].
- Bundesagentur für Arbeit (2017e):** Tabellen. Beschäftigte nach Altersgruppen (Zeitreihe Quartalszahlen). Ostdeutschland. Online verfügbar: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Themen/Beschaeftigung/Beschaeftigung-Nav.html> [letzter Zugriff am 27.12.2017].
- Bundesagentur für Arbeit (2017f):** Statistik erklärt. Online verfügbar: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistischer-Content/Grundlagen/Kurzinformationen/Generische-Publikationen/Statistik-erklart/Statistik-erklart.pdf> [letzter Zugriff am 12.07.2017].
- Bundesagentur für Arbeit (2017g):** Arbeitslosigkeit im Zeitverlauf. Entwicklung der Arbeitslosenquote. Deutschland, West, Ost, April 2017. Online verfügbar: www.statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/Aktuell/iiia4/alo-zeitreihe-dwo/alo-zeitreihe-dwo-b-0.xlsx [letzter Zugriff am 23.05.2017].
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2008):** Leben Migranten wirklich länger? Eine empirische Analyse der Mortalität von Migranten in Deutschland. Working Paper No. 16 der Forschungsgruppe für Migration und Integration. Autor: Kohls, M. Nürnberg.
- Bundesregierung (2017):** Lebenslagen in Deutschland. Der fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Online verfügbar: www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Berichte/5-arb-langfassung.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [letzter Zugriff am 31.12.2017].
- Busch, M. A.; Schienkiewitz, A.; Nowossadeck, E.; Gößwald, A. (2013a):** Prävalenz des Schlaganfalls bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56, Heft 5/6, S. 656–660.

- Busch, M. A.; Maske, U. E.; Ryl, L.; Schlack, R.; Hapke, U. (2013b):** Prävalenz von Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56, Heft 5/6, S. 733–739.
- Busch, M. A.; Kuhnert, R. (2017a):** 12-Monats-Prävalenz einer koronaren Herzkrankheit in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2 (1), S. 64–69. DOI 10.17886/RKI-GBE-017-009. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Busch, M. A.; Kuhnert, R. (2017b):** 12-Monats-Prävalenz von Schlaganfall oder chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2 (1), S. 70–76. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-010. Robert Koch-Institut, Berlin.
- BZgA – Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2018):** Die »Jungen Alten II«. Expertise zur Lebenslage von Menschen zwischen 55 und 65 Jahren. Autorinnen und Autoren: Amrhein, L.; Falk, K.; Heusinger, J.; Kammerer, K.; Wolter, B. Köln.
- Choi H. K.; Atkinson, K.; Karlson, E. W.; Willet, W.; Curhan, G. (2004):** Alcohol intake and risk of incident gout in men: a prospective study. In: Lancet, Jg. 364, S. 1277–1281.
- Choi, H. K.; Liu, S.; Curhan, G. (2005):** Intake of purine-rich foods, protein, and dairy products and relationship to serum levels of uric acid. In: Arthritis and Rheumatism, Jg. 52, Heft 1, S. 283–289.
- Dasch, B.; Blum, K.; Gude, P.; Bausewein, C. (2015):** Sterbeorte. Veränderung im Verlauf eines Jahrzehnts. In: Deutsches Ärzteblatt, 112, 29–30, S. 496–504.
- Der Bundeswahlleiter; Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.) (2018):** Wahl zum 19. Deutschen Bundestag am 24. September 2017. Heft 4. Wahlbeteiligung und Stimmabgabe der Frauen und Männer nach Altersgruppen. Online verfügbar: www.bundeswahlleiter.de [letzter Zugriff am 26.04.2018].
- Deutsche Alzheimergesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz (2016):** Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Informationsblatt. Online verfügbar: www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infolblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf [letzter Zugriff am 26.04.2018]
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2016):** Definitionen zur Hospiz- und Palliativversorgung. Online verfügbar: www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_GLOSSAR.pdf [letzter Zugriff am 02.02.2018].
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2016):** Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin. Übersicht zum aktuellen Stand der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Online verfügbar: www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/151026.Wegweiser%C3%BCbersicht_Homepage_Erwachsene.pdf [letzter Zugriff am 02.02.2018].
- DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2011):** Substanzbezogene Störungen im Alter. Hamm.
- Diehm, C. (2011):** Schlaganfall bei Diabetes. In: diabetesDE (Hg.): Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2011. Berlin, S. 59–65.
- DIN-Normenausschuss Bauwesen (2017):** DIN 18040-2. Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen – Teil 2: Wohnungen. Online verfügbar: www.din.de/de/mitwirken/normenausschuesse/nabau/normen/wdc-beuth:din21:142706210 [letzter Zugriff am 20.05.2018].

- DIVSI – Deutsches Institut für Vertrauen und Sicherheit im Internet (2016):** DIVSI Ü60-Studie. Die digitalen Lebenswelten der über 60-Jährigen in Deutschland. Eine Grundlagenstudie des SINUS-Instituts Heidelberg im Auftrag des Deutschen Instituts für Vertrauen und Sicherheit. Online verfügbar: www.divsi.de/wp-content/uploads/2016/10/DIVSI-UE60-Studie.pdf [letzter Zugriff am 10.01.2018].
- DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund (2015):** Versicherung und Beitrag. Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich. Online verfügbar: www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/232684/publicationFile/21805/rente_fuer_pflegepersonen.pdf [letzter Zugriff am 29.05.2017].
- DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund (2016):** Rentenversicherung in Zeitreihen. DRV-Schriften Band 22. Online verfügbar: www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/238700/publicationFile/62588/03_rv_in_zeitreihen.pdf [letzter Zugriff am 23.05.2017].
- DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund (2017a):** Rentenversicherung in Zeitreihen. Online verfügbar: www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/03_rv_in_zeitreihen.pdf?_blob=publicationFile&v=21 [letzter Zugriff am 27.12.2017].
- DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund (2017b):** Statistikportal der Rentenversicherung. Interaktiver Bericht. Online verfügbar: <https://statistik-rente.de/drv> [letzter Zugriff am 26.04.2017].
- EARSS – European Antimicrobial Resistance Surveillance System (2009):** Annual Report 2008. Bithoven.
- Eggert, S.; Kossatz, N.; Sulmann, D. (2018):** Prävention von Gesundheitsproblemen – Fokus häusliche Pflege. Berlin: ZQP. Online verfügbar: www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Analyse_Pr%C3%A4vention.pdf [letzter Zugriff am 05.11.2018].
- Eggert, S.; Schnapp, P.; Sulmann, D. (2018):** Aggression und Gewalt in der informellen Pflege. ZQP-Analyse. Berlin. Online verfügbar: www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Analyse_Gewalt_informelle_Pflege.pdf [letzter Zugriff am 28.10.2018].
- Engstler, H.; Klaus D. (2017):** Auslaufmodell »traditionelle Ehe«? Wandel der Lebensformen und der Arbeitsteilung von Paaren in der zweiten Lebenshälfte. In: Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS), S. 201–213. Online verfügbar [Open Access]: www.springer.com/de/book/9783658125011. DOI 10.1007/978-3-658-12502-8 [letzter Zugriff am 30.11.2017].
- Finger, J. D.; Mensink, G. B. M.; Lange, C. u. a. (2017):** Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität in der Freizeit bei Erwachsenen in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2 (2), S. 37–44. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-027.
- Forschungsverbund Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland (Hg.) (2009):** Arbeit und Lebensweisen: Prozessproduzierte Daten und Sondererhebungen der gesetzlichen Rentenversicherung. Jahrgangsspezifisches Rentengeschehen. SOEB-Arbeitspapier 2009-2. Autorin: Mika, T. Göttingen.
- Franke, A.; Heusinger, J.; Konopik, N.; Wolter, B. (2017):** Kritische Lebensereignisse im Alter – Übergänge gestalten. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Online verfügbar: www.bzga.de/pdf.php?id=8fad10878e4e8443d378fffe9560c786 [letzter Zugriff am 28.10.2018].

Fuchs J.; Kuhnert, R.; Scheidt-Nave C. (2017a): 12-Monats-Prävalenz von Arthrose in Deutschland.

In: Journal of Health Monitoring 2 (3), S. 55–60. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-054.

Fuchs, J.; Scheidt-Nave, C.; Kuhnert, R. (2017b): 12-Monats-Prävalenz von Osteoporose in Deutschland.

In: Journal of Health Monitoring 2 (3): S. 61–65. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-055.

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2017): Früherkennungsuntersuchungen im Überblick. Online verfügbar: www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/ueberblick [letzter Zugriff am 02.07.2018].

GEKID – Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (2017): Atlas der Krebsinzidenz und Krebsmortalität der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. Daten nach Alter. Online verfügbar: www.gekid.de/Atlas/CurrentVersion/Altersspezifische%20Angaben.2016.xlsx [letzter Zugriff am 18.01.2018].

GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Statistisches Informationssystem. Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT.

Geyer, D. (2009): Spezifische Ansätze der Rehabilitation älterer Suchtkranker. In: Adler, G. u. a.: Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Depressionen – Demenz – Versorgung. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie [DGGPP]. Stuttgart, S. 340–353.

GKV-Spitzenverband (2018): Grundprinzipien – GKV-Spitzenverband. Online verfügbar unter www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/pv_grundprinzipien/grundprinzipien.jsp [letzter Zugriff am 15.10.2018].

Glaeske, G. (2011): Medikamente – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (DHS): Jahrbuch Sucht 2011. Geesthacht, S. 73–96.

Glaesmer, H. (2012): Die Langzeitfolgen des Zweiten Weltkrieges in der deutschen Bevölkerung. In: Ärzteblatt Sachsen-Anhalt, 23, S. 24–58.

Goffrier, B.; Schulz, M.; Bätzing-Feigenbaum, J. (2017): Administrative Prävalenzen und Inzidenzen des Diabetes mellitus von 2009 bis 2015. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland [Zi]. Versorgungsatlas-Bericht Nr. 17/03. Berlin 2017. Online verfügbar: www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=79. DOI 10.20364/VA-17.03. [letzter Zugriff am 08.04.2018].

Grabka, M.; Westermeier, C. (2014): Anhaltend hohe Vermögensungleichheit in Deutschland. In: DIW Wochenbericht, 9, S. 151–165. Online verfügbar: www.diw.de/documents/publikationen/73/diw.01.c.438710.de/14-9-1.pdf [letzter Zugriff am 29.05.2017].

Gräfel, E.; Behrndt, E.-M. (2016): Belastungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige. In: Jacobs, K.; Kuhlmeier, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hg.): Pflegereport 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart, S. 169–187.

Grandt, D.; Schubert, I. (2017): Arzneimittelreport 2017 der BARMER GEK. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 3. Siegburg.

Hach, I.; Rentsch, A.; Krappweis, I.; Kirch, W. (2004): Psychopharmakaverordnungen an ältere Menschen. Ein Vergleich zwischen Patienten aus Alten- und Pflegeheimen, ambulant behandelten Pflegefällen und ambulanten Patienten ohne Pflegebedarf. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 37 (3), S. 214–220.

- Hagen, C.; Simonson, J. (2017):** Inhaltliche Ausgestaltung und Leitungsfunktionen im freiwilligen Engagement. In: Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): *Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014*. Wiesbaden, S. 299–331. Online verfügbar (Open Access): <http://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-658-12644-5>. DOI 10.1007/978-3-658-12644-5 [letzter Zugriff am 15.12.2017].
- Härtel, U. (2016):** Geschlechterunterschiede bei Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems. In: Kolip, P.; Hurrelmann, K. (Hg.): *Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich*. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen.
- Hameister, N.; Tesch-Römer, C. (2017):** Landkreise und kreisfreie Städte: Regionale Unterschiede im freiwilligen Engagement. In: Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): *Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014*. Wiesbaden, S. 549–571. Online verfügbar (Open Access): <http://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-658-12644-5>. DOI 10.1007/978-3-658-12644-5 [letzter Zugriff am 15.12.2017].
- Hameister, N.; Vogel, C. (2017):** Geldspenden, Spendenbeträge und freiwilliges Engagement. In: Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): *Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014*. Wiesbaden, S. 217–234. Online verfügbar (Open Access): <http://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-658-12644-5>. DOI 10.1007/978-3-658-12644-5 [letzter Zugriff am 15.12.2017].
- Hautzinger, M.; Bailer, M. (1993):** Allgemeine Depressions-Skala – ADS. Weinheim.
- Heidemann, C.; Du, Y.; Schubert, I.; Rathmann, W.; Scheidt-Nave, C. (2013):** Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 56, Heft 5/6, S. 668–677.
- Heien, T.; Heckmann, J. (2016):** Alterssicherung in Deutschland 2015 (ASID 2015). Online verfügbar: www.alterssicherung-in-deutschland.de/DOWNLOADS/fb-474z-alterssicherung-deutschland-2015.pdf [letzter Zugriff am 28.12.2017].
- Heusinger, J.; Dummert, S. (2016):** Genderspezifische Bedürfnisse von Pflegeheimbewohner:innen. Fokus Körperpflege. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49, S. 685–691.
- Heusinger, J.; Berndt, S.; Dummert, S. (2015):** Genderspezifische Bedürfnisse von Pflegeheimbewohner:innen und Bewohnern. Teilstudie des ZQP-Projektes »Bedürfnisgerechte Pflege und Genderaspekte«. Berlin.
- Hielscher, V.; Kirchen-Peters, S.; Nock, L. (2017):** Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Hoff, T.; Isfort, I.; Kuhn, U.; Kuhn, S. (2017):** Sucht im Alter – Grundlagen. In: Hoff, T.; Kuhn, U.; Isfort, M. (Hg.): *Sucht im Alter – Maßnahmen und Konzepte für die Pflege*. Berlin und Heidelberg. DOI 10.1007/978-3-662-53214-0.
- Hoffmann, E.; Romeu Gordo, L. (2016):** Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): *Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn, S. 64–73.
- Holt, S.; Schmiedl, S.; Thürmann, P. (2010):** Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen. In: *Deutsches Ärzteblatt International* 107, S. 543–551.

- Huntemann, H.; Reichart, E. (2017):** Volkshochschul-Statistik. 55. Folge, Arbeitsjahr 2016. Online verfügbar: www.die-bonn.de/doks/2017-volkshochschule-01.pdf [letzter Zugriff am 17.01.2018].
- Huxhold, O; Hameister, N. (2017):** Soziale Einbettung und freiwilliges Engagement. In: Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Wiesbaden, S. 499–520. Online verfügbar [Open Access]: <http://link.springer.com/book/10.1007/978-3-658-12644-5>. DOI 10.1007/978-3-658-12644-5 [letzter Zugriff am 15.12.2017].
- IAQ – Institut Arbeit und Qualifikation (2017a):** Durchschnittliches Zugangsalter in Altersrenten 1993 bis 2016 nach Geschlecht, Deutschland, Abbildung VIII.11. Online verfügbar: www.sozialpolitik-aktuell.de/tl.files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Alter-Rente/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII11.pdf [letzter Zugriff am 27.12.2017].
- IAQ – Institut Arbeit und Qualifikation (2017b):** Durchschnittliches Zugangsalter in Erwerbsminderungsrenten 1993–2016 nach Geschlecht in Deutschland, Abbildung VIII.11b. Online verfügbar: www.sozialpolitik-aktuell.de/tl.files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Alter-Rente/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII11b.pdf [letzter Zugriff am 27.12.2017].
- IAQ – Institut Arbeit und Qualifikation (2017c):** Durchschnittliche Rentenhöhen im Rentenbestand nach Rentenart und Geschlecht 2016. Zahlbeträge in Euro/Monat, neue und alte Bundesländer am Jahresende. Abbildung VIII.29_30. Online verfügbar: www.sozialpolitik-aktuell.de/tl.files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Alter-Rente/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII29_30.pdf [letzter Zugriff am 27.12.2017].
- IAQ – Institut Arbeit und Qualifikation (2017d):** Struktur der Gesamteinkommen der älteren Bevölkerung, Männer und Frauen im Jahr 2015 in Prozent des gesamten Bruttoeinkommens im Alter (ab 65 Jahre) für Deutschland, alte und neue Länder, Abbildung VIII.53. Online verfügbar: www.sozialpolitik-aktuell.de/tl.files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Alter-Rente/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII53.pdf [letzter Zugriff am 28.12.2017].
- IAQ – Institut Arbeit und Qualifikation (2017e):** Empfängerquoten von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung 2003 bis 2015 in Prozent der jeweiligen Bevölkerungsgruppe, am Jahresende, Abbildung VIII.51. Online verfügbar: www.sozialpolitik-aktuell.de/tl.files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Sozialstaat/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII51.pdf [letzter Zugriff am 30.12.2017].
- Icks, A.; Haastert, B.; Genz, J.; Giani, G.; Hoffmann, F.; Trapp, R.; Koch, M. (2011a):** Incidence of renal replacement therapy (RRT) in the diabetic compared with the non-diabetic population in a German region, 2002–08. In: Nephrology Dialysis Transplantation, Jg. 26, 1, S. 264–269.
- Icks, A.; Kulzer B.; Razum O. (2011b):** Diabetes bei Migranten. In: diabetes DE (Hg.): Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2011. Berlin, S. 148–154.
- IDZ – Institut der Deutschen Zahnärzte (2016):** Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie [DMS V] – Kurzfassung. Köln und Berlin.
- Initiative D21 e. V.; Kantar TNS (Hg.) (2016):** D21-Digital-Index 2016. Jährliches Lagebild zur Digitalen Gesellschaft. Online verfügbar: <https://initiated21.de/app/uploads/2017/01/studie-d21-digital-index-2016.pdf>, Lizenz: CC 4.0 [<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>] [letzter Zugriff am 31.05.2017].

- Jacobi, F.; Höfler, M.; Strehle, J.; Mack, S.; Gerschler, A.; Scholl, L.; Busch, M. A.; Maske, U.; Hapke, U.; Gaebel, W.; Maier, W.; Wagner, M.; Zielasek, J.; Wittchen, H.-U. (2014):** Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). In: *Nervenarzt*, 85, S. 77–87. DOI 10.1007/s00115-013-3961-y.
- Jordan, S.; von der Lippe, E. (2013):** Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 56, Heft 5/6, S. 878–884.
- Kammerer, K.; Falk, K.; Heintze, C.; Döpfner, J.; Heusinger, J. (2019):** Hindernisse und Voraussetzungen für die Vermittlung älterer, depressiv erkrankter Menschen in Psychotherapie aus Sicht von HausärztInnen. In: *Gesundheitswesen*, 81, S. 58–62.
- Kausmann, C.; Simonson, J. (2017):** Freiwilliges Engagement in Ost- und Westdeutschland sowie den 16 Ländern. In: Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): *Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014*. Wiesbaden, S. 573–600. Online verfügbar [Open Access]: <http://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-658-12644-5>. DOI 10.1007/978-3-658-12644-5 [letzter Zugriff am 15.12.2017].
- KDA – Kuratorium Deutsche Altershilfe/Wüstenrot Stiftung (2014):** Wohnatlas. Rahmenbedingungen der Bundesländer beim Wohnen im Alter. Teil 1. Bestandsanalyse und Praxisbeispiele. Online verfügbar: www.kda.de/monitor-leben-zu-hause-wohnatlas.html?file=tl_files/kda/Projekte/Wohnatlas_Teil1.pdf [letzter Zugriff am 31.05.2017].
- Kipp, J. (2009):** Zum Zusammenhang von Träumen und Angst. In: Adler, G. u. a.: *Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Depressionen – Demenz – Versorgung*. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP). Stuttgart, S. 69–72.
- Klaus, D.; Mahne, K. (2017):** Zeit gegen Geld? Der Austausch von Unterstützung zwischen den Generationen. In: Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): *Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*, S. 247–256. Online verfügbar [Open Access]: www.springer.com/de/book/9783658125011. DOI 10.1007/978-3-658-12502-8 [letzter Zugriff am 30.11.2017].
- Knopf, H.; Prütz, F.; Du, Y. (2017):** Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. In: *Journal of Health Monitoring* 2 (4), S. 109–116. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-119.
- Koch, W.; Frees, B. (2016):** Dynamische Entwicklung bei mobiler Internetnutzung sowie Audios und Videos, Media Perspektiven 9/2016. Ergebnisse der ARD/ZDF-Onlinestudie 2016. Online verfügbar: www.ard-zdf-onlinestudie.de/files/2016/0916.Koch.Frees.pdf [letzter Zugriff am 29.05.2018].
- Körner, T.; Puch, K.; Frank, T.; Meinken, H. (2011):** Geringfügige Beschäftigung in Mikrozensus und Beschäftigungsstatistik. Neue Erkenntnisse zu den Hintergründen der Ergebnisunterschiede. In: *Wirtschaft und Statistik*, 11, S. 1065–1085. Wiesbaden. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Arbeitsmarkt/GeringfuegigeBeschaeftigung12011.pdf?__blob=publicationFile [letzter Zugriff am 27.12.2017].
- Kott, K.; Kühnen, C.; Maier, L. (2016a):** Zeitverwendung und Ausgaben für Freizeitaktivitäten. In: Statistisches Bundesamt; WZB (Hg.): *Datenreport 2016*. Bonn, S. 361–389. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2016.pdf?__blob=publicationFile [letzter Zugriff am 19.12.2017].

- Kott, K.; Kowalska, K.; Krause, A.; Kuchler, B.; Timm, U. (2016b):** Wohnen. In: Statistisches Bundesamt (Destatis); WZB; SOEP (Hg.): Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, S. 259–273. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport-2016Kap9.pdf?_blob=publicationFile [letzter Zugriff am 13.01.2018].
- Kummer, K.; Budnick, A.; Blüher, S.; Dräger, D. (2010):** Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige. In: Prävention und Gesundheitsförderung 5 (2), S. 89–94.
- Kuntz, B.; Hoebel, J.; Fuchs, J.; Neuhauser, H.; Lampert, T. (2017):** Soziale Ungleichheit und chronische Rückenschmerzen bei Erwachsenen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 60, Heft 7, S. 783–791.
- KZBV – Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und BZÄK – Bundeszahnärztekammer (2010):** Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter. Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. Berlin.
- Lampert, T. (2011):** Rauchen – Aktuelle Entwicklungen bei Erwachsenen. Robert Koch-Institut, Berlin (Hg.). GBE kompakt 2 (4).
- Lampert, T.; Kroll, L. E. (2014):** Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. Robert Koch-Institut, Berlin (Hg.). GBE-Kompakt 5 (2).
- Lampert, T.; Hoebel, J.; Kuntz, B.; Fuchs, J.; Scheidt-Nave C.; Nowossadeck, E. (2016):** Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. Robert Koch-Institut (Hg.), Berlin. GBE kompakt 7 (1).
- Lange, C.; Finger, J. D. (2017):** Gesundheitsverhalten in Europa – Vergleich ausgewählter Indikatoren für Deutschland und die Europäische Union. In: Journal of Health Monitoring 2 (2), S. 3–20. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-024.
- Lange, C.; Manz, K.; Kuntz, B. (2017a):** Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen. In: Journal of Health Monitoring 2 (2), S. 66–73. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-031.
- Lange, C.; Manz, K.; Kuntz, B. (2017b):** Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Rauschtrinken. In: Journal of Health Monitoring 2 (2), S. 74–81. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-032.
- Lawall, H. (2011):** Diabetische Fußkrankungen. In: diabetesDE (Hg.): Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2011. Berlin, S. 66–76.
- Lejeune, C.; Romeu Gordo, L. (2017):** Vermögen und Erbschaften: Sicherung des Lebensstandards und Ungleichheit im Alter. In: Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Romer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden, S. 111–124. Online verfügbar: http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-12502-8_7.pdf, Lizenz: CC 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>) [letzter Zugriff am 23.05.2017].
- Lejeune, C.; Romeu Gordo, L.; Simonson, J. (2017):** Einkommen und Armut in Deutschland. Objektive Einkommenssituation und deren subjektive Bewertung. In: Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden, S. 97–110. Online verfügbar: http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-12502-8_6.pdf, Lizenz: CC 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>) [letzter Zugriff am 23.05.2017].
- Maevskaya, E. (2015):** Demenz und Migration. In: Alzheimer Info. Nachrichten der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Selbsthilfe Demenz. Ausgabe 1/15, S. 1–3.

- Mahne, K.; Huxhold, O. (2017):** Nähe auf Distanz: Bleiben die Beziehungen zwischen älteren Eltern und ihren erwachsenen Kindern trotz wachsender Wohnentfernungen gut? In: Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS), S. 215–230. Online verfügbar [Open Access]: www.springer.com/de/book/9783658125011. DOI 10.1007/978-3-658-12502-8 [letzter Zugriff am 24.05.2017].
- Mahne, K.; Klaus, D. (2017):** Zwischen Enkelglück und (Groß-)Elternpflicht – die Bedeutung und Ausgestaltung von Beziehungen zwischen Großeltern und Enkelkindern. In: Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS), S. 231–245. Online verfügbar [Open Access]: www.springer.com/de/book/9783658125011. DOI 10.1007/978-3-658-12502-8 [letzter Zugriff am 24.05.2017].
- Mahne, K.; Wolff, J.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (2017):** Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Tabellenanhang. Wiesbaden. Online verfügbar: www.springer.com/cda/content/document/cda_downloaddocument/DEAS_978-3-658-12501-1_Tabellenanhang.pdf?SGWID=0-0-45-1593271-p180457475 [letzter Zugriff am 17.01.2018] Lizenz: CC 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>).
- Mardorf, S.; Böhm, K. (2009):** Bedeutung der demografischen Alterung für das Ausgabengeschehen im Gesundheitswesen. In: Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (Hg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: In: Gesundheit und Krankheit im Alter. Robert Koch-Institut, Berlin, S. 247–266.
- Media-Analyse agma mmc (2017):** Pressemedien I. Media-Analyse agma Media Micro-Census, angeforderte Sonderauswertung.
- Media Perspektiven Basisdaten (2015):** Online verfügbar: www.ard-werbung.de/media-perspektiven/publikationen/basisdaten [letzter Zugriff am 15.12.2017].
- Media Perspektiven Basisdaten (2016):** Online verfügbar: www.ard-werbung.de/media-perspektiven/publikationen/basisdaten [letzter Zugriff am 15.12.2017].
- Melching, H. (2015):** Palliativversorgung. Modul 2. Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung. Online verfügbar: www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG.Versorgungsstrukturen-palliativ.pdf [letzter Zugriff am 04.02.2018].
- Menning, S.; Hoffmann, E. (2009):** Ältere Migrantinnen und Migranten. GeroStat Report 1/2009. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin.
- Mensink, G. B. M.; Lage Barbosa C., Brettschneider, A. K. (2016):** Verbreitung der vegetarischen Ernährungsweise in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 1 (2), S. 2–15. DOI 10.17886/RKI-GBE-2016-033.
- Mensink, G. B. M., Schienkiewitz A., Lange C. (2017a):** Obstkonsum bei Erwachsenen in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2 (2), S. 45–51. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-028.
- Mensink, G. B. M., Schienkiewitz A., Lange C. (2017b):** Gemüsekonsum bei Erwachsenen in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2 (2), S. 52–58. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-029.

- Mergenthaler, A. (2015):** Ungleiche Potenziale? Erwerbstätigkeit jenseits der Regelaltersgrenze bei (ehemaligen) Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. In: Bevölkerungsforschung aktuell. Analysen und Informationen aus dem Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 36, 5, S. 2–8. Online verfügbar: www.bib-demografie.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Bev_Aktuell/2015_5.pdf?_blob=publicationFile&v=3 [letzter Zugriff am 27.12.2017].
- Mika, T. (2007):** Aussiedler und Spätaussiedler im Rentenbestand – Konsequenzen der Reformen der Alterssicherung für »Fremdrentner«. Vortrag auf der Herbsttagung 2007 des AK »Migration – Integration – Migration« der Deutschen Gesellschaft für Demographie »Zuwanderung und Integration von Spätaussiedlern«. Online verfügbar: www.dgd-online.de/fileadmin/ak_migration/2007/AK0714.pdf [letzter Zugriff am 09.05.2012].
- Müller, D.; Tesch-Römer C. (2017):** Krankheitsbedingte Alltagseinschränkungen, subjektive Gesundheit, Lebenszufriedenheit und freiwilliges Engagement. In: Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Wiesbaden, S. 465–484. Online verfügbar [Open Access]: <http://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-658-12644-5>. DOI 10.1007/978-3-658-12644-5 [letzter Zugriff am 15.12.2017].
- Müller, D.; Hameister N.; Lux, K. (2017):** Anstoß und Motiv für das freiwillige Engagement. In: Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Wiesbaden, S. 413–435. Online verfügbar [Open Access]: <http://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-658-12644-5>. DOI 10.1007/978-3-658-12644-5 [letzter Zugriff am 15.12.2017].
- multimed (2017):** tkp-monitor.de – AWA 2017. Allensbacher Markt- und Werbeträgeranalyse. Deutschsprachige Gesamtbevölkerung ab 14 Jahre. Online verfügbar: www.tkp-monitor.de/ZG_1.html [letzter Zugriff am 21.12.2017].
- Nachtmann, J. (2016):** Gewalterfahrungen und Gefährdungslagen in häuslichen Pflegebeziehungen. Dissertation, Bremen. Online verfügbar: <https://elib.suub.uni-bremen.de/edocs/00105318-1.pdf> [letzter Zugriff am 28.10.2018].
- Neuhauser, H.; Thamm, M.; Ellert, U. (2013):** Blutdruck in Deutschland 2008–2011. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56, Heft 5/6, S. 795–801.
- Noll, H.-H.; Weick, S. (2012):** Altersarmut: Tendenz steigend. Analysen zu Lebensstandard und Armut im Alter. In: Informationsdienst Soziale Indikatoren ISI 47, Januar 2012, GESIS, S. 1–6.
- Nöthen, M.; Böhm, K. (2009):** Krankheitskosten in Deutschland. Welchen Preis hat die Gesundheit im Alter? In: Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (Hg.): Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter. Robert Koch-Institut. Berlin, S. 228–246.
- Nowossadeck, S. (2016):** Seniorenspezifische Dienstleistungen – Befunde des DEAS 2014. Online verfügbar: www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/factsheets/FactSheet.Seniorenspez...Dienstl.angebote.pdf [letzter Zugriff am 19.05.2018].
- Nowossadeck, S.; Engstler, H. (2017):** Wohnung und Wohnkosten im Alter. In: Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden, S. 287–300. Online verfügbar: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-12502-8_19.pdf, Lizenz: CC 2.5 [letzter Zugriff am 14.01.2018].

- Nowossadeck, S.; Mahne, K. (2017):** Bewertung des Wohnumfeldes in der zweiten Lebenshälfte. In: Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Romer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS), Wiesbaden, S. 301–314. Online verfügbar: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-12502-8_20.pdf, Lizenz: CC 2.5 [letzter Zugriff am 16.01.2018].
- Nowossadeck, S.; Klaus, D.; Romeu Gordo, L.; Vogel C. (2017):** Migrantinnen und Migranten in der zweiten Lebenshälfte. DZA (Hg.): Report Altersdaten, 2/2017.
- Özcan, V.; Seifert, W. (2004):** Gutachten für den 5. Altenbericht der Bundesregierung im Auftrag des Deutschen Zentrums für Altersfragen zur Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Online verfügbar: www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/oezcan-lebenslage-aelterer-migrantinnen-migranten,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf [letzter Zugriff am 9.3.2012].
- Pinquart, M. (2003):** Loneliness in married, widowed, divorced, and never-married adults. In: Journal of Social and Personal Relationships, Heft 20, S. 31–54.
- Pittrow, D.; Krappweis, J.; Kirch, W. (2002):** Arzneimittelanwendungen bei Alten- und Pflegeheimbewohnern im Vergleich zu Patienten in ambulanter Pflege bzw. ohne Pflegebedarf. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 127, S. 1995–2000.
- Prütz, F.; Rommel, A. (2017):** Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2 (4), S. 88–94. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-116.
- Prütz, F.; Rommel, A.; Kroll, L. E.; Lampert, T. (2014):** 25 Jahre nach dem Fall der Mauer: Regionale Unterschiede in der Gesundheit. Robert Koch-Institut (Hg.), Berlin. GBE kompakt 5 (3).
- Rabenberg, M.; Mensink, G. B. M. (2016):** Vitamin-D-Status in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 1 (2), S. 36–42. DOI 10.17886/RKI-GBE-2016-036.
- Radbruch, L.; Andersohn, F.; Walker, J. (2015):** Palliativversorgung. Modul 3: Überversorgung kurativ – Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende. Online verfügbar: www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Ueber-Unterversorgung-palliativ.pdf [letzter Zugriff am 04.02.2018].
- Rapp, K.; Becker, C. (2009):** Sturzprophylaxe. Vorsicht Stufe. In: Gesundheit und Gesellschaft 12., Jg. 6/09, S. 24–27.
- Rapp, K.; Freiberger, E.; Todd, C.; Klenk, J.; Becker, C.; Denking, M.; Scheidt-Nave, C.; Fuchs, J. (2014):** Fall incidence in Germany: results of two population-based studies, and comparison of retrospective and prospective falls data collection methods. In: BMC Geriatrics 2014, 14 (105).
- Riedel-Heller, S. G.; Lupp, M. (2013):** Depression im Alter – was trägt die aktuelle epidemiologische Forschung bei? In: Psychiatrische Praxis 40, S. 173–175.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2005):** Altersdemenz. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2006):** Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Heft 33. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2011a):** Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. Berlin.

- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2011b):** Epidemiologisches Bulletin. Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health. MRSA, 26/2011. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2011c):** Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 52. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2013):** Unfallgeschehen bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse des Unfallmoduls der Befragung »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2014a):** Gesundheitliche Einschränkungen. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2014b):** Sehbeeinträchtigungen. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2014c):** Chronische Bronchitis. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2014d):** Seelische Belastungen. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2014e):** Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2015):** Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin. Online verfügbar unter: http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/refNzCggQ8fNw/PDF/29PIbXnI56Jfc.pdf [letzter Zugriff am 25.01.2018].
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2016a):** Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. Berlin. Online verfügbar: www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebsgeschehen/Krebsgeschehen_download.pdf?_blob=publicationFile [letzter Zugriff am 18.01.2018].
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2016b):** Sturzunfälle in Deutschland. Faktenblatt zu GEDA 2010: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2017a):** Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin. Autoren: Lampert, T.; Hoebel, J.; Kuntz, B.; Müters, S.; Kroll, L. E.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2017b):** GBE-Themenheft Blindheit und Sehbehinderung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2017c):** Meldepflichtige Krankheiten absolut und je 100.000 Einwohner. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht. Online verfügbar unter: www.gbe-bund.de [letzter Zugriff am 29.01.2018].
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2017d):** Epidemiologisches Bulletin, 34/2017. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2018a):** Epidemiologisches Bulletin, 5/2018. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut; ZKR Zentrum für Krebsregisterdaten (2017):** Krebs in Deutschland für 2013/2014. Berlin. Online verfügbar: www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/kid_2017/krebs_in_deutschland_2017.pdf?_blob=publicationFile [letzter Zugriff am 18.01.2018].

- Rommel, A.; Bretschneider, J.; Kroll, L. E. u. a. (2017):** Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen. Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. In: *Journal of Health Monitoring* 2 (4), S. 3–23. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-111.
- Rothgang, H.; Kalwitzki, T.; Müller, R.; Runte, R.; Unger, R. (2015):** BARMER GEK Pflegereport 2015. Online verfügbar: www.barmer.de/blob/36042/73f4ded2ea20652834aeedbb7c2bc16a/data/pdf-barmer-gek-pflegereport-2015.pdf [letzter Zugriff am 25.01.2018].
- Rothgang, H.; Kalwitzki, T.; Müller, R.; Runte, R.; Unger, R. (2016):** BARMER GEK Pflegereport 2016. Online verfügbar: www.barmer.de/blob/78790/0720c8da40db7607fbc3781ae7640035/data/pdf-barmer-gek-pflegereport-2016-schriftenreihe.pdf [letzter Zugriff am 24.01.2018].
- Schäffgen, K. (1998):** Die Verdopplung der Ungleichheit. Sozialstruktur und Geschlechterverhältnisse in der Bundesrepublik und in der DDR. Dissertation an der Humboldt Universität zu Berlin. Berlin. Online verfügbar: www.edoc.hu-berlin.de/dissertationen/phil/schaeffgen-katrin/HTML [letzter Zugriff am 08.03.2012].
- Schäufele, M.; Köhler, L.; Hendlmeier, I.; Hoell, A.; Weyerer, S. (2013):** Prävalenz von Demenzen und ärztliche Versorgung in deutschen Pflegeheimen: eine bundesweite repräsentative Studie. In: *Psychiatrische Praxis* 40 (04), S. 200–206.
- Scheidt-Nave, C.; Du, Y.; Knopf, H.; Schienkiewitz, A.; Ziese, T.; Nowossadeck, E.; Gößwald, A.; Busch, M. A. (2013):** Verbreitung von Fettstoffwechselstörungen bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 56, Heft 5/6, S. 661–667.
- Scheuer, A. (2016):** Wertorientierungen, Ansprüche und Erwartungen. In: Statistisches Bundesamt; WZB (Hg.): *Datenreport 2016*. Bonn, S. 417–431. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2016.pdf?_blob=publicationFile [letzter Zugriff am 19.12.2017].
- Schienkiewitz, A.; Mensink, G. B. M.; Kuhnert, R. u. a. (2017):** Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. In: *Journal of Health Monitoring* 2 (2), S. 21–28. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-025.
- Schimany, P.; Rühl, S.; Kohls, M. (2012):** Ältere Migrantinnen und Migranten. Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Schmitz, J.; Zink, L. (2017):** Abhängige Erwerbstätigkeit im Rentenalter: erste Erkenntnisse auf betrieblicher Ebene. In: *WSI-Mitteilungen*, 2, S. 108–116.
- Schneekloth, U. (2006):** Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, U.; Wahl, H.-W. (Hg.): *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote*. Stuttgart, S. 57–102.
- Schneekloth, U.; Wahl, H.-W. (Hg.) (2006):** *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote*. Stuttgart.
- Schütz, B.; Wurm, S. (2009):** Wie wichtig ist Prävention? In: Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (Hg.): *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin, S. 160–166.
- Schwabe, U.; Pfaffrath, D. (2016):** *Arzneiverordnungsreport 2016*. Heidelberg.
- Schwinger, A.; Tsiasioti, C.; Klauber, J. (2016):** Unterstützungsbedarf in der informellen Pflege – eine Befragung pflegender Angehöriger. In: Jacobs, K.; Kuhlmeier, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hg.): *Pflegereport 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus*. Stuttgart, S. 196–198.

- Seizmair, N. (2011):** Bedingungen von Therapiemotivation bei Menschen im höheren Lebensalter am Beispiel professioneller Strategien gegen Inkontinenz. Bern.
- Simonson, J.; Hameister, N. (2017):** Sozioökonomischer Status und freiwilliges Engagement. In: Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Wiesbaden, S. 439–464. Online verfügbar (Open Access): <http://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-658-12644-5>. DOI 10.1007/978-3-658-12644-5 [letzter Zugriff am 15.12.2017].
- Simonson, J.; Vogel C. (2017a):** Organisationale Struktur des freiwilligen Engagements und Verbesserungsmöglichkeiten der Rahmenbedingungen. In: Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Wiesbaden, S. 523–548. Online verfügbar (Open Access): <http://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-658-12644-5>. DOI 10.1007/978-3-658-12644-5 [letzter Zugriff am 15.12.2017].
- Simonson, J.; Vogel C. (2017b):** Politische Partizipation: Unterschriftenaktionen, Demonstrationen, Bürgerinitiativen und politische Ämter. In: Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Wiesbaden, S. 199–216. Online verfügbar (Open Access): <http://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-658-12644-5>. DOI 10.1007/978-3-658-12644-5 [letzter Zugriff am 15.12.2017].
- Simonson, J.; Vogel, C.; Tesch-Römer C. (Hg.) (2017a):** Tabellenhang. Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Berlin. Online verfügbar: www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/fws/FWS2014_Tabellenanhang.pdf [letzter Zugriff am 22.01.2018].
- Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.) (2017b):** Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Wiesbaden. Online verfügbar (Open Access): <http://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-658-12644-5>. DOI 10.1007/978-3-658-12644-5 [letzter Zugriff am 15.12.2017].
- Simonson, J.; Vogel, C.; Ziegelmann, J.P.; Tesch-Römer C. (2017c):** Einleitung: Freiwilliges Engagement in Deutschland. In: Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Wiesbaden, S. 31–49. Online verfügbar (Open Access): <http://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-658-12644-5>. DOI 10.1007/978-3-658-12644-5 [letzter Zugriff am 19.12.2017].
- Spuling, S. M.; Wurm, S.; Wolff, J. K.; Wünsche, J. (2017a):** Heißt krank zu sein sich auch krank zu fühlen? Subjektive Gesundheit und ihr Zusammenhang mit anderen Gesundheitsdimensionen. In: Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden, S. 156–170.
- Spuling, S. M.; Ziegelmann, J. P.; Wünsche, J. (2017b):** Was tun wir für unsere Gesundheit? Gesundheitsverhalten in der zweiten Lebenshälfte. In: Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS), S. 139–156. Online verfügbar (Open Access): www.springer.com/de/book/9783658125011. DOI 10.1007/978-3-658-12502-8 [letzter Zugriff am 22.01.2018].
- Starker, A.; Saß, A.-C. (2013):** Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 56, S. 858–867.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2014): Zensus 2011. Seniorinnen und Senioren in Deutschland.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2015): Die Generation 65+ in Deutschland. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2016a): Mikrozensus. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland. 2015. Fachserie 1, Reihe 4.1.1. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetige/StandEntwicklungErwerbstaetigkeit2010411157004.pdf?_blob=publicationFile [letzter Zugriff am 29.05.2017].

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2016b): Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Online verfügbar: www.bmfsfj.de/blob/93214/95d5fc19e3791f90f8d582d61b13a95e/aeltere-menschen-deutschland-eu-data.pdf [letzter Zugriff am 28.11.2017].

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2016c): Wirtschaftsrechnungen. Private Haushalte in der Informationsgesellschaft – Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien. Fachserie 15, Reihe 4. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2016d): Bauen und Wohnen. Mikrozensus Zusatzerhebung 2014. Bestand und Struktur der Wohneinheiten. Wohnsituation der Haushalte 2014. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/EinkommenKonsumLebensbedingungen/Wohnen/WohnsituationHaushalte2055001149004.pdf?_blob=publicationFile [letzter Zugriff am 13.01.2018].

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017a): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2016. Fachserie 1, Reihe 2.2. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220167004.pdf?_blob=publicationFile [letzter Zugriff am 14.11.2017].

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017b): Statistisches Jahrbuch 2017. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2017.pdf?_blob=publicationFile [letzter Zugriff am 28.11.2017].

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017c): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Erwerbstätigkeit der Bevölkerung. Ergebnisse des Mikrozensus zum Arbeitsmarkt. 2016. Fachserie 1, Reihe 4.1. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetige/ErwerbsbeteiligungBevoelkung2010410167004.pdf?_blob=publicationFile [letzter Zugriff am 27.12.2017].

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017d): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2015. Fachserie 1, Reihe 2.2. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220157004.pdf?_blob=publicationFile [letzter Zugriff: am 01.03.2017].

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017e): Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Empfängerinnen und Empfänger insgesamt, durchschnittliche Bedarfe im Dezember 2016. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Sozialhilfe/Grundsicherung/Tabellen/Reiter_03_BL_BQ_2015_DurchschnBetrVerschMerkmale.html [letzter Zugriff am 28.12.2017].

- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017f):** Wirtschaftsrechnungen. Laufende Wirtschaftsrechnungen. Einkommen, Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte. Fachserie 15, Reihe 1. 2015. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/EinkommenKonsumLebensbedingungen/EinkommenVerbrauch/EinnahmenAusgabenprivaterHaushalte2150100157004.pdf;jsessionid=9571DD78D41240FB4E6C6AA9431334DD.InternetLive2?_blob=publicationFile [letzter Zugriff: 28.12.2017].
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017g):** Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus 2016. Fachserie 1, Reihe 3. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017h):** Gesundheit. Todesursachen in Deutschland 2015. Fachserie 12 Reihe 4. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017i):** Sterbefälle (absolut, Sterbeziffer, Ränge, Anteile) für die 10/20/50/100 häufigsten Todesursachen (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, ICD-10, Jahr 2015. Online verfügbar: www.gbe-bund.de [letzter Zugriff am 29.01.2018].
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017j):** Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Fachserie 12, Reihe 6.2.2. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017k):** Gesundheit. Grunddaten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Fachserie 12, Reihe 6.1.2. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017l):** Gesundheit. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik). Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäuser. Fachserie 12, Reihe 6.4. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017m):** Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?_blob=publicationFile [letzter Zugriff am 15.01.2018].
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018a):** Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Tabelle 12411-0006. Jahr 2016. Online verfügbar: www-genesis.destatis.de/genesis/online [letzter Zugriff am 31.03.2018].
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018b):** Tabelle 22151-0012. Quote der Empfänger von Grundsicherung: Deutschland, Berichtsmonat im Quartal, Nationalität, Geschlecht, Altersgruppen. Dezember 2016. Online verfügbar: www-genesis.destatis.de/genesis/online [letzter Zugriff: 27.04.2018].
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018c):** Tabelle 22151-0016. Empfänger von Grundsicherung: Bundesländer, Berichtsmonat im Quartal, Nationalität, Geschlecht, Altersgruppen. Dezember 2016. Online verfügbar: www-genesis.destatis.de/genesis/online [letzter Zugriff: 26.04.2018].
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018d):** Genesis-Online, Quote der Empfänger von Grundsicherung: Früheres Bundesgebiet/Neue Länder, Berichtsmonat im Quartal, Nationalität, Geschlecht, Altersgruppen, Tabelle 22151-0013. Dezember 2016. Online verfügbar: www-genesis.destatis.de/genesis/online [letzter Zugriff: 26.04.2018], Datenlizenz by-2.0.

- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018e):** Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle/Sterbefälle, Fälle je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert), Berechnungs- und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Wohnsitz, Alter, Geschlecht, Verweildauer, ICD10-3-Steller, Art der Standardisierung (Jahr 2016). Statistisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de [letzter Zugriff am 24.04.2018].
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018f):** Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten ab 2003 (Fälle, Pfl egetage, durchschnittliche Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungsort, Alter, Geschlecht, Verweildauer, ICD10 (Jahr 2016). Statistisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de [letzter Zugriff am 29.01.2018].
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018g):** Verunglückte Senioren bei Straßenverkehrsunfällen (Anzahl und je 100.000 Einwohner). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Art des Personenschadens, Verkehrsbeteiligung (Primärquelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der Straßenverkehrsunfälle). Statistisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de [letzter Zugriff am 29.01.2018].
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018h):** Verletzte und Getötete bei Straßenverkehrsunfällen (Anzahl und je 100.000 Einwohner). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Art des Personenschadens. Statistisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de [letzter Zugriff am 29.01.2018].
- Statistisches Bundesamt (2018i):** Durchschnittliche Lebenserwartung im Alter von ... Jahren je Person. Gliederungsmerkmale: Zeitraum, Region, Alter, Geschlecht. Statistisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de [letzter Zugriff am 29.01.2018].
- Statistisches Bundesamt (2018j):** Sterbefälle, Sterbeziffern je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert) (ab 1980). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, Todesursachen laut »Europäischer Kurzliste«, Art der Standardisierung. Statistisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de [letzter Zugriff am 24.04.2018].
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018k):** Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Tabelle 12411-0011. Jahr 2016. Online verfügbar: www-genesis.destatis.de/genesis/online [letzter Zugriff am 31.03.2018].
- Statistisches Bundesamt (Destatis); Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen (GESIS-ZUMA); Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (Hg.) (2008):** Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Autoren: Habich, R.; Noll, H.-H. Bonn.
- Stein, B. v. d. (2009):** Traumatisierung in frühen Lebensphasen und Angst im Alter. In: Adler u. a.: Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Depressionen – Demenz – Versorgung. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP). Stuttgart, S. 73–77.
- Steppuhn, H.; Kuhnert, R.; Scheidt-Nave, C. (2017):** 12-Monats-Prävalenz der bekannten chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2(3), S. 46–54. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-053.
- Tausche, A. K.; Jansen, T. L.; Schröder, H.-E.; Bornstein, S. R.; Aringer, M.; Müller-Ladner, U. (2009):** Gicht – aktuelle Aspekte in Diagnostik und Therapie. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 34–35, S. 549–555.
- Techniker Krankenkasse (Hg.) (2016):** »#SmartHealth« – Wie smart ist Deutschland? Hamburg. Online verfügbar: www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/915488/Datei/87145/TK-Pressemappe-TK-Studie-SmartHealth-2016.pdf [letzter Zugriff am 21.01.2018].

- Tesch-Römer, C.; Weber, C.; Webel, H. (2016):** DZA-Fact Sheet: Nutzung des Internets durch Menschen in der zweiten Lebenshälfte. Berlin.
- Thom, J.; Kuhnert, R.; Born, S. u. a. (2017):** 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. In: *Journal of Health Monitoring* 2 (3), S. 72–80. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-057.
- TNS Infratest Sozialforschung (2017):** Abschlussbericht. Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I). Online verfügbar: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf [letzter Zugriff am 22.01.2018].
- Van den Bussche H.; Koller, D.; Kolonko, T.; Hansen, H.; Wegscheider, K.; Glaeske, G.; von Leitner E. C.; Schäfer, I.; Schön, G. (2011):** Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross sectional study in Germany. In: *BMC Public Health*, Jg. 11, S. 1–9.
- Vaskovics, L. A. u. a. (2000):** Älterwerden als Single. ifb-Forschungsbericht Nr. 4-2000. Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg (ifb). Bamberg. Online verfügbar: www.ifb.bayern.de/imperia/md/content/stmas/ifb/forschungsberichte/fb_04.pdf [letzter Zugriff am 08.03.2012].
- Vogel C.; Simonson, J.; Ziegelmann, J.P., Tesch-Römer, C. (2017b):** Freiwilliges Engagement von Frauen und Männern in Deutschland. In: Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): *Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014*. Wiesbaden, S. 637–646. Online verfügbar (Open Access): <http://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-658-12644-5>. DOI 10.1007/978-3-658-12644-5 [letzter Zugriff am 15.12.2017].
- Vogel, C.; Hagen, C.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (2017a):** Freiwilliges Engagement und öffentliche gemeinschaftliche Aktivität. In: Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): *Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014*. Wiesbaden, S. 91–151. Online verfügbar (Open Access): <http://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-658-12644-5>. DOI 10.1007/978-3-658-12644-5 [letzter Zugriff am 15.12.2017].
- Vogel, C.; Hameister, N. (2017):** Mitgliedschaften in Religionsgemeinschaften, in Vereinen und gemeinnützigen Organisationen und freiwilliges Engagement. In: Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): *Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014*. Wiesbaden, S. 235–251. Online verfügbar (Open Access): <http://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-658-12644-5>. DOI 10.1007/978-3-658-12644-5 [letzter Zugriff am 15.12.2017].
- Vogel, C.; Tesch-Römer, C. (2017):** Informelle Unterstützung außerhalb des Engagements: Instrumentelle Hilfen, Kinderbetreuung und Pflege im sozialen Nahraum. In: Simonson, J.; Vogel, C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): *Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014*. Wiesbaden, S. 253–283. Online verfügbar (Open Access): <http://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-658-12644-5>. DOI 10.1007/978-3-658-12644-5 [letzter Zugriff am 15.12.2017].
- Voges, W.; Zinke, C. (2010):** Wohnen im Alter. In: Aner, K.; Karl, U. (Hg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. Wiesbaden, S. 301–330.
- Waltersbacher, A. (2017):** Heilmittelbericht 2017. Wissenschaftliches Institut der AOK. Berlin.

- Weindl, A. (2011):** »Parkinson Plus«/Demenz mit Lewy-Körperchen, Chorea-Huntington und andere Demenzen bei Basalganglienerkrankungen. In: Förstl, H. (Hg.): Demenzen in Theorie und Praxis. 3. Auflage, Heidelberg, S. 113–144.
- Wetzel, M.; Simonson, J. (2017):** Engagiert bis ins hohe Alter? Organisationsgebundenes ehrenamtliches Engagement in der zweiten Lebenshälfte. In: Mahne, K; Wolff, J. K.; Simonson, J; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). S. 81–95. Online verfügbar [Open Access]: www.springer.com/de/book/9783658125011. DOI 10.1007/978-3-658-12502-8 [letzter Zugriff am 15.12.2017].
- Wetzstein, M.; Rommel, A.; Lange, C. (2015):** Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. Robert Koch-Institut, Berlin. GBE kompakt 6(3). Online verfügbar unter: www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2015.3.pflegende_angehoerige.pdf?_blob=publicationFile [letzter Zugriff am 25.01.2018].
- Weyerer, S.; Bickel, H. (2007):** Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Stuttgart.
- WHO – World Health Organization (1946):** Constitution of the World Health Organization, letzte Ergänzung 2005. Online verfügbar: www.who.int/about/mission/en [letzter Zugriff am 18.04.2018].
- Wolff, J. K.; Nowossadeck, S.; Spuling, S. M. (2017):** Altern nachfolgende Kohorten gesünder? Selbstberichtete Erkrankungen und funktionale Gesundheit im Kohortenvergleich. In: Mahne, K; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden, S. 125–138. Online verfügbar [Open Access]: www.springer.com/de/book/9783658125011. DOI 10.1007/978-3-658-12502-8 [letzter Zugriff am 22.01.2018].
- Wolff, J. K.; Tesch-Römer, C. (2017):** Glücklich bis ins hohe Alter? Lebenszufriedenheit und depressive Symptome in der zweiten Lebenshälfte. In: Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). S. 171–183. Online verfügbar [Open Access]: www.springer.com/de/book/9783658125011. DOI 10.1007/978-3-658-12502-8 [letzter Zugriff am 22.01.2018].
- Wurm, S.; Schöllgen, I.; Tesch-Römer, C. (2010):** Gesundheit. In: Motel-Klingebiel, A.; Wurm, S.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart, S. 90–117.
- Zeiger, J.; Kuntz, B.; Lange, C. (2017):** Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2 (2): 59–65. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-030.
- Zok, K.; Schwinger, A. (2015):** Pflege in neuen Wohn- und Versorgungsformen – die Wahrnehmung der älteren Bevölkerung. In: Jacobs, K.; Kulhmey, A.; Greß, S.; Schwinger, A. (Hg.). Pflege-Report 2015. Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit. Stuttgart.

» 09.6 Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Lebensalter unterschiedlicher Geburtsjahrgänge 1955, 1961 (Mauerbau), 1968 (Studentenbewegung), 1989 (Mauerfall), 2008 (Wirtschaftskrise) und im Bezugsjahr 2016; eigene Berechnung und Darstellung.	7
Tab. 2:	Bevölkerung im Alter von 65 bis unter 80 Jahren nach Altersgruppen, Stand 31.12.2016. Quelle: © Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018a, Datenlizenz by-2-0 (http://www.govdata.de/dl-de/by-2-0); Datenbasis: Bevölkerungsfortschreibung 2016 auf Basis des Zensus 2011; eigene Berechnungen und Darstellung.	13
Tab. 3:	Bevölkerung im Alter von 65 bis unter 80 Jahren nach Altersgruppen, mit Migrationshintergrund und insgesamt (in Tausend) sowie Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung der jeweiligen Altersgruppe (in Prozent), Stand 31.12.2016. Quelle: © Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, S. 65; Datenbasis: Mikrozensus 2016; eigene Berechnungen und Darstellung.	14
Tab. 4:	Menschen mit Migrationshintergrund im Alter von 65 bis unter 80 Jahren im Jahr 2016 nach ausgewählten Herkunftsländern bzw. -gebieten nach Geschlecht (gerundet, in Tausend). Quelle: © Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, S. 65; S. 69; S. 77; S. 81; S. 93; Datenbasis: Mikrozensus 2016; eigene Berechnung und Darstellung; Abweichungen in der Summe sind rundungsbedingt oder resultieren aus fehlenden Angaben in der Statistik, da Zahlenwert nicht sicher genug.	15
Tab. 5:	Bevölkerung im Alter von 65- bis unter 80 Jahren insgesamt sowie mit und ohne Migrationshintergrund nach Schulabschluss und Geschlecht im Jahr 2016 (in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, Sonderauswertung; Datenbasis: Mikrozensus 2016; eigene Berechnungen und Darstellung; Abweichungen in der Summe sind rundungsbedingt.	17
Tab. 6:	Bevölkerung im Alter von 65 bis unter 80 Jahren insgesamt sowie mit und ohne Migrationshintergrund im Jahr 2016 nach beruflichem Abschluss und Geschlecht (in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, Sonderauswertung; Datenbasis: Mikrozensus 2016; eigene Berechnungen und Darstellung; Abweichungen in der Summe sind rundungsbedingt.	18
Tab. 7:	Bevölkerung im Alter von 65- bis unter 80 Jahren im Jahr 2016 nach überwiegendem Lebensunterhalt, Region, Altersgruppen und Geschlecht (in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, Sonderauswertung; Datenbasis: Mikrozensus 2016; eigene Berechnungen und Darstellung.	20
Tab. 8:	Bevölkerung im Alter von 65 bis unter 80 Jahren mit Migrationshintergrund nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2016 (in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, Sonderauswertung; Datenbasis: Mikrozensus 2016; eigene Berechnungen und Darstellung.	21

Tab. 9:	Abhängig Erwerbstätige im Alter von 65 Jahren und mehr im Jahr 2016 nach Geschlecht und Art der Beschäftigung (in Tausend und in Prozent). Quelle: © Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017c; Datenbasis: Mikrozensus 2016; eigene Berechnungen; Darstellung verändert.	24
Tab. 10:	Arbeitsbelastungen der 60- bis 85-Jährigen im Beruf nach Art der Belastung und Region (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.	25
Tab. 11:	Gründe für eine Erwerbstätigkeit im Ruhestand im Jahr 2014 nach Altersgruppen (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.	25
Tab. 12:	Erwerbsstatus vor Bezug der Altersrente oder Pension im Jahr 2014 nach Region, Altersgruppen und Geschlecht (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.	29
Tab. 13:	Quoten der Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter nach Region und Geschlecht Ende 2016 (in Prozent). Quelle: © Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018d, Datenlizenz by-2-0 (http://www.govdata.de/dl-de/by-2-0); Datenbasis: Statistisches Bundesamt (Destatis).	34
Tab. 14:	Verbreitung und Höhe des Geld- und Sachvermögens ohne Immobilienbesitz im Jahr 2014 nach Region, Altersgruppe und Geschlecht (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.	35
Tab. 15:	Besitz von Immobilien im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.	38
Tab. 16:	Anteile und Höhe von erhaltenen Erbschaften nach Altersgruppen im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: Mahne u. a. 2017, S. 16, Tabelle A7-3; Lizenz: CC 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de ; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung auszugsweise und verändert.	40
Tab. 17:	Schulden aus Krediten nach Region, Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.	41
Tab. 18:	Schichtung der monatlichen Nettoeinkommen der Personen im Alter von 65 Jahren und mehr nach Region und Familienstand im Jahr 2015 (in Prozent). Quelle: BMAS 2016, S. 121; Datenbasis: Heien und Heckmann (2016) Alterssicherung in Deutschland 2015 (ASID 2015); Darstellung verändert.	42
Tab. 19:	Haushaltsnettoeinkommen mit weniger als 900 Euro monatlich und Haushaltsgröße nach Region und Altersgruppe im Jahr 2015 (Haushalte absolut in Tausend und in Prozent, Privathaushalte am Hauptwohnsitz). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Mikrozensus 2015; Darstellung verändert.	43

Tab. 20:	Objektive Armutsquoten nach Region, Geschlecht und Altersgruppe (in Prozent). Quelle: Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 6-3, S. 11; Lizenz: CC 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de ; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung auszugsweise und verändert.	45
Tab. 21:	Anteil der Personen im Alter von 65 Jahren und mehr mit einem Nettoäquivalenzeinkommen von unter 60 % des Einkommensmedians des jeweiligen Jahres (in Prozent) sowie Anteil der Personen im Alter von 65 Jahren und mehr mit einem Nettoäquivalenzeinkommen von mehr als 200 % des Einkommensmedians des jeweiligen Jahres (in Prozent). Quelle: Bundesregierung 2017, S. 551 und 578; Datenbasis: SOEP v32; eigene Darstellung.	46
Tab. 22:	Armutsrisikoquote auf Basis des Mikrozensus – Anteil der Personen im Alter von 65 Jahren und mehr mit einem Nettoäquivalenzeinkommen von unter 60 % des Einkommensmedians im jeweiligen Jahr (in Prozent). Quelle: Bundesregierung 2017, S. 553; Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, S. 336, S. 352 und S. 368; Datenbasis: Mikrozensus 2005, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 und 2016; Darstellung verändert.	46
Tab. 23:	Armutsgefährdungsquote der Altersgruppe ab 65 Jahren im Jahr 2016 nach Migrationsstatus (in Prozent). Quelle: © Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, S. 336, S. 352 und S. 368; Datenbasis: Mikrozensus 2016; Darstellung verändert.	46
Tab. 24:	Armutsgefährdungsquote der Altersgruppe ab 65 Jahren im Jahr 2016 nach Migrationsstatus und ausgewählten Merkmalen (in Prozent). Quelle: © Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, S. 337 und S. 339; Datenbasis: Mikrozensus 2016; eigene Darstellung.	47
Tab. 25:	Bewertung des Lebensstandards nach Region, Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.	48
Tab. 26:	Subjektive Armutsquoten nach Altersgruppen, Region und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: Mahne u. a. 2017, S. 11, Tab. A 6-4; Lizenz: CC 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de ; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung auszugsweise und verändert.	49
Tab. 27:	Bevölkerung am 31.12.2015 nach Altersgruppen, Familienstand und Geschlecht (in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017b, S. 33; Datenbasis: Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011; Darstellung auszugsweise und verändert.	53
Tab. 28:	Haushaltsgrößen nach Alter der haupteinkommensbeziehenden Person (in Tausend). Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017g, S. 39; Datenbasis: Mikrozensus 2016; Darstellung verändert.	54
Tab. 29:	Bewertung der Lebenssituation ohne Partner (durch Partnerlose) nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2014; Darstellung verändert.	55
Tab. 30:	Beteiligung an der Hausarbeit nach Altersgruppen und Region im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 13-4; Lizenz: CC 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de ; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung auszugsweise und verändert.	56

Tab. 31:	Zufriedenheit mit der Aufteilung der Hausarbeit nach Altersgruppen, Region und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 13-5; Lizenz: CC 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de ; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung auszugsweise und verändert.	56
Tab. 32:	Bewertung der Beziehung zur Familie nach Altersgruppen im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2014; Darstellung verändert.	57
Tab. 33:	Anzahl lebender Kinder nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2014; Darstellung verändert.	58
Tab. 34:	Mittlere Beziehungsenge zu den erwachsenen Kindern nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 14-5; Lizenz: CC 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de ; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung auszugsweise und verändert.	59
Tab. 35:	Wohnentfernung zum nächsten erwachsenen Kind nach Altersgruppen im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: Mahne und Huxhold 2017, S. 224; Lizenz: CC 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de ; Datenbasis: DEAS 1996 und 2014; Darstellung auszugsweise und verändert.	59
Tab. 36:	Geleistete und empfangene Hilfe im Haushalt in den letzten 12 Monaten nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2014; Darstellung verändert.	61
Tab. 37:	Empfundene Einsamkeit nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2014; Darstellung verändert.	63
Tab. 38:	Sehen: Schwere Einschränkungen oder unmöglich nach Alter und Geschlecht (in Prozent). Quelle: RKI 2015, S. 412; Datenbasis: GEDA 2009; Darstellung auszugsweise und verändert.	74
Tab. 39:	Hören: Schwere Einschränkungen oder unmöglich, in den letzten 12 Monaten nach Altersgruppen (in Prozent). Quelle: RKI 2015, S. 412; Datenbasis: GEDA 2009; Darstellung auszugsweise und verändert.	75
Tab. 40:	12-Monats-Prävalenz Arthrose bei Frauen und Männern im Alter von 65 Jahren und mehr nach Bildungsgruppe (in Prozent). Quelle: Fuchs u. a. 2017a, S. 57; Lizenz CC-BY-4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de); Datenbasis GEDA 2014/15-EHIS; Darstellung verändert.	77
Tab. 41:	Arthritis in den letzten 12 Monaten nach Alter und Geschlecht (in Prozent). Quelle: RKI 2015, S. 412; Datenbasis: GEDA 2009; Darstellung auszugsweise und verändert.	78
Tab. 42:	12-Monats-Prävalenz COPD bei Frauen und Männern im Alter von 65 Jahren und mehr nach Bildungsgruppe (in Prozent). Quelle: Steppuhn u. a. 2017, S. 48; Lizenz CC-BY-4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de); Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS; Darstellung verändert.	79

Tab. 43:	Diabetes, hohe Blutzuckerwerte nach Region, Geschlecht und Altersgruppen im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.	80
Tab. 44:	Lebenszeitprävalenz von Diabetes mellitus nach Sozialstatus in der Altersgruppe ab 65 Jahren (in Prozent). Quelle: RKI 2017a, S. 83; Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012; Darstellung verändert.	81
Tab. 45:	Geschätzte altersspezifische Krebsinzidenzraten nach Tumorgruppen, Altersgruppen und Geschlecht, Fallzahlen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (EW) im Jahr 2014; Datenquelle: GEKID 2017; Datenbasis: GEKID; Darstellung verändert.	82
Tab. 46:	Krebserkrankungs- und Sterberisiko in Deutschland nach Alter und Geschlecht, ICD 10 C00-97 ohne C44, 2017. Quelle: RKI und ZKR 2017, S. 22; Datenbasis: ZKR 2014; Darstellung auszugsweise und verändert.	83
Tab. 47:	Prävalenz für koronare Herzkrankheiten bei Frauen und Männern nach Alters- und Bildungsgruppen. Quelle: Busch und Kuhnert 2017a, S. 66; Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS; Darstellung verändert.	84
Tab. 48:	Frauen und Männer, die in den letzten 12 Monaten einen Schlaganfall oder chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls angeben (in Prozent). Quelle: Busch und Kuhnert 2017b, S. 73; Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS; Darstellung verändert.	85
Tab. 49:	Beeinträchtigung durch seelische Belastungen im Alter von 65 Jahren und mehr nach Geschlecht und Bildungsgruppe (in Prozent, 95 %-Konfidenzintervall in Klammern). Quelle: RKI 2014d, S. 3; Datenbasis GEDA 2012; Darstellung auszugsweise und verändert.	88
Tab. 50:	Prävalenz von Demenzen nach Geschlecht und Altersgruppen (in Prozent). Quelle: Deutsche Alzheimergesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz 2016, S. 2; Datenbasis: Alzheimer Europe. EuroDoDe: Prevalence of dementia in Europe; Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2011; Darstellung verändert.	93
Tab. 51:	Durchschnittliche fernere Lebenserwartung in Jahren (2013/2015). Quelle: Statistisches Bundesamt 2018i in: www.gbe-bund.de ; Datenbasis: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung; Darstellung verändert.	95
Tab. 52:	Sterbefälle und Sterbeziffern nach Alter und Geschlecht im Jahr 2015. Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017h, S. 6 und S.12; Datenbasis: Todesursachenstatistik; Darstellung verändert.	96
Tab. 53:	Häufigste Todesursachen: Sterbefälle pro 100.000 EW nach Altersgruppen in 2015 (gerundet). Quelle: Statistisches Bundesamt 2018j in: www.gbe-bund.de ; Datenbasis: Todesursachenstatistik; Darstellung auszugsweise und verändert.	97
Tab. 54:	Gewicht bei Frauen im Alter ab 65 Jahren und mehr nach Bildungsgruppen (in Prozent, mit 95 %-Konfidenzintervallen). Quelle: Schienkiewitz u. a. 2017, S. 23; Lizenz CC-BY-4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de); Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS; Darstellung verändert.	100

Tab. 55:	Gewicht bei Männern im Alter ab 65 Jahren nach Bildungsgruppen (in Prozent, mit 95 %-Konfidenzintervallen). Quelle: Schienkiewitz u. a. 2017, S. 24; Lizenz: CC BY 4.0 https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de ; Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS; Darstellung verändert.	100
Tab. 56:	Körperliche Aktivitäten nach Geschlecht und Bildungsgruppe im Alter ab 65 Jahre (in Prozent, mit 95 %-Konfidenzintervallen). Quelle: Finger u. a. 2017, S. 39 f.; Lizenz: CC BY 4.0 https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de ; Datenbasis GEDA 2014/2015-EHIS; Darstellung verändert.	102
Tab. 57:	Raucherinnen und Raucher im Alter ab 65 Jahren nach Bildungsgruppen (in Prozent, mit 95 %-Konfidenzintervallen). Quelle: Zeiher u. a. 2017, S. 61 f.; Lizenz: CC BY 4.0 https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de ; Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS; Darstellung verändert.	103
Tab. 58:	Alkoholkonsum im Alter ab 65 Jahren nach Geschlecht und Bildungsgruppe (in Prozent, mit 95 %-Konfidenzintervallen). Quelle: Lange u. a. 2017a, S. 68 f.; Lizenz: CC BY 4.0 https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de ; Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS; Darstellung verändert.	104
Tab. 59:	Teilnahme am gesetzlich verankerten Gesundheits-Check-up nach Alter und Geschlecht in 2010/2011 und 2014/2015 (in Prozent anspruchsberechtigter Versicherter in der GKV). Quelle: ZI in: www.gbe-bund.de ; Datenbasis: Dokumentation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Maßnahmen zur Früherkennung nach § 25 SGB V; eigene Darstellung.	108
Tab. 60:	Teilnahme an gesetzlich verankerten Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach Altersgruppe und Geschlecht in den Jahren 2010 und 2015 (in Prozent anspruchsberechtigter gesetzlich Versicherter). Quelle: ZI in: www.gbe-bund.de ; Datenbasis: Dokumentation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Maßnahmen zur Früherkennung nach § 25 SGB V; eigene Darstellung.	109
Tab. 61:	Teilnahme am fäkalen okkulten Bluttest (FOBT) im Rahmen der gesetzlich verankerten Früherkennungsuntersuchungen nach Altersgruppe und Geschlecht in den Jahren 2009 bis 2010 und 2014 bis 2015 (in Prozent anspruchsberechtigter gesetzlich Versicherter). Quelle: ZI in: www.gbe-bund.de ; Datenbasis: Dokumentation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Maßnahmen zur Früherkennung nach § 25 SGB V; eigene Darstellung.	110
Tab. 62:	Teilnahme an der Koloskopie im Rahmen der gesetzlich verankerten Früherkennungsuntersuchungen nach Altersgruppe und Geschlecht in den Jahren 2003 bis 2010 und 2006 bis 2015 – kumulierte Betrachtung unter Berücksichtigung zwischenzeitlich erwarteter Sterbefälle (in Prozent anspruchsberechtigter gesetzlich Versicherter). Quelle: ZI in: www.gbe-bund.de ; Datenbasis: Dokumentation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Maßnahmen zur Früherkennung nach § 25 SGB V; eigene Darstellung.	110

- Tab. 63: Teilnahme an der Hautkrebsuntersuchung im Rahmen der gesetzlich verankerten Früherkennungsuntersuchungen nach Altersgruppe und Geschlecht in den Jahren 2010 und 2015 (in Prozent anspruchsberechtigter gesetzlich Versicherter). Quelle: ZI in: www.gbe-bund.de; Datenbasis: Dokumentation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Maßnahmen zur Früherkennung nach § 25 SGB V; eigene Darstellung. 111
- Tab. 64: Inanspruchnahme von Zahnvorsorgeuntersuchungen in den letzten 12 Monaten im Jahr 2012 nach Altersgruppen, Bildungsgruppen und Geschlecht (Anteil der Befragten in Prozent). Quelle: RKI Gesundheit in Deutschland aktuell – Telefonischer Gesundheitssurvey (GEDA) 2012 in: www.gbe-bund.de; Datenbasis: GEDA 2012; eigene Darstellung. 112
- Tab. 65: Prävalenz von Tetanusimpfungen im Jahr 2012 nach Geschlecht und Altersgruppen im Jahr 2012 (Anteil der Befragten, die innerhalb der letzten zehn Jahre gegen Tetanus geimpft wurden, in Prozent). Quelle: RKI Gesundheit in Deutschland aktuell – Telefonischer Gesundheitssurvey (GEDA) 2012 in: www.gbe-bund.de; Datenbasis: GEDA 2012; eigene Darstellung. 113
- Tab. 66: Teilnahme an mindestens einer verhaltenspräventiven Maßnahme in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht, Altersgruppe und Sozialstatus (in Prozent, mit 95 %-Konfidenzintervallen). Quelle: Jordan und von der Lippe 2013, S. 881; Datenbasis: DEGS1 2008 bis 2011; nachgedruckt und bearbeitet mit Genehmigung von Rights Link Permissions Springer Nature Customer Service Centre GmbH: Springer Nature Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen S. Jordan, E. von der Lippe. © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013. 114
- Tab. 67: Finanzierung der Inanspruchnahme verhaltenspräventiver Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung und Entspannung in den letzten 12 Monaten nach Altersgruppe und Präventionsbereich (in Prozent). Quelle: RKI, Gesundheit in Deutschland aktuell 2009, zitiert nach RKI 2011a, S. 29; Datenbasis: GEDA 2009; Darstellung verändert. 115
- Tab. 68: Pflegebedürftige absolut und je 100.000 EW, nach Altersgruppe, Pflegestufe und Geschlecht im Jahr 2015. Quelle: Statistisches Bundesamt in: www.gbe-bund.de; Datenbasis: Pflegestatistik 2015 sowie Fortschreibung des Bevölkerungsstandes; Darstellung verändert. 126
- Tab. 69: Pflegebedürftige mit Pflegegeld, ambulanten Pflegeleistungen oder Kombinationsleistung nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015 (absolut und in Prozent der jeweiligen Altersgruppe). Quelle: Statistisches Bundesamt in: www.gbe-bund.de; Datenbasis: Pflegestatistik 2015 – Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen: Grunddaten, Personalbestand, Pflegebedürftige, Empfänger und Empfängerinnen von Pflegegeldleistungen; Darstellung verändert. 128

Tab. 70:	Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015 (absolut und in Prozent der jeweiligen Altersgruppe). Quelle: Statistisches Bundesamt in: www.gbe-bund.de ; Datenbasis: Pflegestatistik 2015 – Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen: Grunddaten, Personalbestand, Pflegebedürftige, Empfänger und Empfängerinnen von Pflegegeldleistungen; Darstellung verändert.	128
Tab. 71:	Pflegebedürftige je 100.000 EW nach Alter, Geschlecht und Art der Betreuung im Jahr 2015. Quelle: Statistisches Bundesamt in: www.gbe-bund.de ; Datenbasis: Pflegestatistik 2015 sowie Fortschreibung des Bevölkerungsstandes; Darstellung verändert.	129
Tab. 72:	Pflegebedürftige nach Alter, Geschlecht und Art der Versorgung im Jahr 2015 (absolut und in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt in: www.gbe-bund.de ; Datenbasis: Pflegestatistik 2015; Darstellung verändert.	130
Tab. 73:	Pflegebedürftige im Alter von 65 bis unter 80 Jahren nach Region und Versorgungsform im Jahr 2015 (in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt in: www.gbe-bund.de ; Datenbasis: Pflegestatistik 2015, Pflegebedürftige in absoluten Zahlen sowie Fortschreibung des Bevölkerungsstandes; eigene Berechnung der Prozentanteile; die jeweils höchsten und niedrigsten Werte sind fett hervorgehoben.	133
Tab. 74:	Allgemeine Lebenszufriedenheit (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.	143
Tab. 75:	Erlebte Altersdiskriminierung (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.	144
Tab. 76:	Konfessionszugehörigkeit ab 65 Jahren im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: Vogel und Hameister 2017, S. 240; Lizenz: CC-BY-4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de); Datenbasis: FWS 2014; eigene Darstellung.	145
Tab. 77:	Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung 2016, nach Altersgruppe (in Prozent). Quelle: ARD-Mediendaten 2016; Datenbasis: ma 2016 Radio II; Darstellung auszugsweise und verändert.	147
Tab. 78:	Personen, die kein Mitglied in Vereinen, Gruppen oder Organisationen sind, nach Geschlecht und Alter im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.	148
Tab. 79:	Mitgliedschaftsbereiche in Vereinen, Gruppen oder Organisationen nach Altersgruppen, Geschlecht und Region im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.	149
Tab. 80:	Anteile von Personen im Alter von 65 Jahren und mehr, die angeben, Mitglied in einem Verein oder einer gemeinnützigen Organisation zu sein, im Jahr 2014 nach Bildungsstand und Geschlecht (in Prozent). Quelle: Simonson u. a. 2017a, Tabelle 8-3, S. 90; Lizenz: CC-BY-4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de); Datenbasis: FWS 2014; eigene Darstellung.	149
Tab. 81:	Engagementquote nach Alter im Zeitverlauf (in Prozent). Quelle: Wetzel und Simonson, 2017, S. 86; Lizenz CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de ; Datenbasis: DEAS 1996, 2002, 2008, 2014; eigene Darstellung.	150

Tab. 82:	Anteile freiwillig Engagierter nach soziodemografischen Merkmalen im Alter von 65 Jahren und mehr im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: Simonson u. a. 2017a, S. 315; Simonson u. a. 2017b, S. 102, S. 105, S. 454, S. 456, S. 581, S. 559; Lizenz: CC-BY-4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de); Datenbasis: FWS 2014; eigene Darstellung.	152
Tab. 83:	Angaben der freiwillig Engagierten zu den Motiven für ihr Engagement im Jahr 2014 nach Alter (Anteil »Stimme voll und ganz zu« und »stimme eher zu« in Prozent). Quelle: Müller u. a. 2017, S. 427 und S. 430; Lizenz: CC-BY-4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de); Datenbasis: FWS 2014; eigene Darstellung.	153
Tab. 84:	Politische Partizipation der ab 65-Jährigen nach Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: Simonson u. a. 2017a, Tabellen 6-1 bis 6-4; Lizenz: CC-BY-4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de); Datenbasis: FWS 2014; eigene Darstellung.	156
Tab. 85:	Politische Partizipation der ab 65-Jährigen nach Bildungsgrad im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: Simonson u. a. 2017a, Tabellen 6-1 bis 6-4; Lizenz: CC-BY-4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de); Datenbasis: FWS 2014; eigene Darstellung.	157
Tab. 86:	Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung 2016, Fernsehen und Radio, nach Altersgruppe (in Prozent). Quelle: ARD-Mediendaten 2016; Datenbasis: ma 2016 Radio II; Darstellung auszugsweise und verändert.	158
Tab. 87:	(Fern-)Sehdauer pro Tag in West- und Ostdeutschland in den Jahren 2016 und 2017 (in Minuten pro Tag). Quelle: ARD-Mediendaten 2018; Datenbasis: AGF in Zusammenarbeit mit GfK.TV Scope; Darstellung auszugsweise und verändert.	159
Tab. 88:	Spartennutzung der ab 65-Jährigen im Fernsehprogramm im Jahr 2015 (in Prozent). Quelle: Media Perspektiven Basisdaten 2016, S. 71; Datenbasis: Media Perspektiven Basisdaten; Darstellung auszugsweise und verändert.	159
Tab. 89:	Radio hören und Tätigkeiten nach Altersgruppen und Nutzungsdauer (in Minuten pro Tag). Quelle: Media Perspektiven Basisdaten 2015, S. 78; Datenbasis: Media Perspektiven Basisdaten; Darstellung auszugsweise und verändert.	159
Tab. 90:	Lesen von Zeitungen und Zeitschriften im Jahr 2016 nach Altersgruppen (in Prozent). Quelle: ARD-Mediadaten 2016; Datenbasis: ma 2016 Radio II; Darstellung auszugsweise und verändert. Die Daten in der Tabelle beziehen sich auf das Jahr 2015, da im Jahr 2016 nur die gesamte Altersgruppe 60+ dargestellt wurde und keine weitere Altersdifferenzierung erfolgte.	160
Tab. 91:	Nutzung des Internets und genutzte Geräte (Anteil der Nutzenden in der jeweiligen Altersgruppe in Prozent; durchschnittliche tägliche Nutzungsdauer in Stunden und Minuten). Quelle: Initiative D21 und Kantar TNS 2016, S. 12, 13, 58, 60; Lizenz: CC 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de); Darstellung auszugsweise und verändert.	161
Tab. 92:	Grund der Internetnutzung im Jahr 2014 nach Altersgruppen (in Prozent). Quelle: Tesch-Römer u. a. 2016, S. 4; Lizenz: CC 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de); Datenbasis: DEAS 2014; eigene Darstellung.	162

Tab. 93:	Regelmäßige Nutzung (d. h. ein- oder mehrmals die Woche) von Messaging-Diensten und sozialen Netzwerken (Anteil der Nutzenden je Altersgruppe in Prozent). Quelle: Initiative D21 und Kantar TNS 2016, S. 15; Lizenz: CC 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de); Darstellung auszugsweise und verändert.	163
Tab. 94:	Bevölkerung im Alter von 65 bis unter 80 Jahren nach Bundesländern am 31.12.2016 (absolut und in Prozent an der jeweiligen Gesamtbevölkerung). Quelle: © Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018; Datenbasis: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes; Ergebnisse auf der Grundlage des Zensus 2011.	175
Tab. 95:	Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 bis unter 75 Jahren sowie 75 Jahren und mehr nach Regionstypen (in Prozent der jeweiligen regionalen Gesamtbevölkerung am 01.01.2014). Quelle: BBSR Bonn 2017; Lizenz: dl-de/by-2-0 (www.govdata.de/dl-de/by-2-0); Datenbasis: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes des Bundes und der Länder; eigene Darstellung.	176
Tab. 96:	Prognostizierte Anteile der Bevölkerung im Alter von 60 bis unter 80 Jahren sowie 80 Jahren und mehr an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2035 nach Region (in Prozent). Quelle: BBSR Bonn 2017; Lizenz: dl-de/by-2-0 (www.govdata.de/dl-de/by-2-0); Datenbasis: Raumordnungsprognose 2035 des BBSR 2016; eigene Darstellung.	178
Tab. 97:	Bevölkerung im Alter von 65- bis unter 80 Jahren mit und ohne Migrationshintergrund im Jahr 2016 nach nicht-administrativen Gebietseinheiten (in Prozent; gerundet). Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, Sonderauswertung; Datenbasis: Mikrozensus 2016; eigene Berechnung und Darstellung.	179
Tab. 98:	Seniorenhaushalte (haupteinkommensbeziehende Person im Alter von 65 Jahren und mehr) nach Region, Art der Nutzung der Wohnung (ohne Untermieter) sowie Fläche (absolut in Tausend und in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2016d, S. 369-385; Datenbasis: Mikrozensus 2014, Zusatzerhebung Wohnen; eigene Berechnung der Prozente.	182
Tab. 99:	Seniorenhaushalte (haupteinkommensbeziehende Person im Alter von 65 Jahren und mehr), die zur Hauptmiete wohnen, nach Region und Mietbelastung in Mietwohnungen, ohne 557.000 Haushalte, die angaben, keine Bruttokaltmiete zu zahlen (nicht: die die Höhe der Bruttokaltmiete nicht kennen) (absolut in Tausend und in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2016d, S. 435-445; Datenbasis: Mikrozensus 2014, Zusatzerhebung Wohnen; eigene Berechnung der Prozente.	183
Tab. 100:	Anteil der Älteren, die angibt in einer barrierereduzierten Wohnung zu leben im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: Mahne u. a. 2017, S. 73, Tabelle A 19-4; Lizenz: CC 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de); Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.	186
Tab. 101:	Zugang zur Wohnung nach Anzahl der Treppenstufen und Fehlen eines Fahrstuhls im Falle von mehr als zehn Treppenstufen im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © Gerostat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.	187
Tab. 102:	Ausgaben der Pflegeversicherung in Millionen Euro für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 Abs. 4 SGB XI. Quelle: BMG 2016, S. 78; Datenbasis: BMG; Darstellung verändert.	188

Tab. 103: Personen, die das jeweilige Versorgungsangebot im Wohnumfeld als ausreichend betrachten nach Jahr, Altersgruppe, Region und Geschlecht (in Prozent). Quelle: Mahne u. a. 2017, S. 74, Tabelle 20 1; Lizenz: CC 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de); Datenbasis: DEAS 2008 und 2014.	191
Tab. 104: Personen, die Kenntnis von den jeweiligen Dienstleistungen haben im Jahr 2014 nach Altersgruppe, Region und Geschlecht (in Prozent). Quelle: Mahne u. a. 2017, S. 76, Tabelle 20 3; Lizenz: CC 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de); Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung auszugsweise und verändert.	192
Tab. 105: Personen, die ihnen bekannte Dienstleistungen bereits genutzt haben im Jahr 2014 nach Altersgruppe, Region und Geschlecht (in Prozent). Quelle: Mahne u. a. 2017, S. 77, Tabelle 20 4; Lizenz: CC 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de); Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.	193
Tab. 106: Personen, die der Aussage zustimmen (»trifft genau zu«, »trifft eher zu«), dass ihre Wohngegend durch Lärm beeinträchtigt wird, im Jahr 2014 nach Altersgruppe, Region und Geschlecht (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.	194
Tab. 107: Personen, die sich nach Anbruch der Dunkelheit auf der Straße unsicher fühlen nach Altersgruppe, Region und Geschlecht in den Jahren 2008 und 2014 (in Prozent). Quelle: Mahne u. a. 2017, S. 75, Tabelle 20 2; Lizenz: CC 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de); Datenbasis: DEAS 2008, 2014.	195
Tab. 108: Binnenwanderungssaldo (Zuzüge abzüglich Fortzüge je Tausend EW) der Altersgruppe 65 Jahre und älter nach Bundesländern im Jahr 2014. Quelle: BBSR Bonn 2017; Lizenz: dl-de/by-2-0 (www.govdata.de/dl-de/by-2-0); Datenbasis: INKAR; eigene Darstellung.	196
Tab. 109: Binnenwanderungssaldo (Zuzüge abzüglich Fortzüge je Tausend EW) älterer Ruhestandswanderer und Anzahl der Ärztinnen und Ärzte je 100.000 EW nach Raumordnungsregionen mit höchster und niedrigster Arztdichte sowie in Wanderungsregionen im Jahr 2014. Quelle: BBSR Bonn 2017; Lizenz: dl-de/by-2-0 (www.govdata.de/dl-de/by-2-0); Datenbasis: INKAR; eigene Darstellung.	197
Tab. 110: Binnenwanderungssaldo (Zuzüge abzüglich Fortzüge je Tausend EW) ältere Ruhestandswanderer (je Tausend EW) und Anzahl der Pflegeheimplätze je 10.000 EW nach Raumordnungsregionen mit höchster und niedrigster Arztdichte sowie in Wanderungsregionen im Jahr 2014. Quelle: BBSR Bonn 2017; Lizenz: dl-de/by-2-0 (www.govdata.de/dl-de/by-2-0); Datenbasis: INKAR; eigene Darstellung.	198
Tab. 111: Bevölkerung im Alter von 65 bis unter 80 Jahren nach Jahrgängen (Stand 31.12.2016) (absolut) sowie Anteil der Frauen an der gleichaltrigen Gesamtbevölkerung in Prozent. Quelle: © Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018a; Datenbasis: Bevölkerungsfortschreibung 2016 auf Basis des Zensus 2011; eigene Berechnungen.	207

Tab. 112: Anteile der Personen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und mehr in den Bundesländern im Jahr 2016 (in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a, S. 135; Datenbasis: Mikrozensus 2016; eigene Berechnung und Darstellung.	208
Tab. 113: Leben in Partnerschaft im Jahr 2014 nach Altersgruppen und Geschlecht (in Prozent). Quelle: Mahne et. al. 2017, Tabelle A 13-2; Lizenz: CC 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de); Datenbasis: DEAS 2014.	209
Tab. 114: Bevölkerung Deutschlands nach demografischen Merkmalen: Verwitwung, nach Geschlecht und Altersgruppen zum Jahresende 2015 (in absoluten Zahlen). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Mikrozensus 2015.	209
Tab. 115: Verwitwete Ältere in privaten Haushalten, alleinlebend bzw. nach Zahl der Generationen im Haushalt nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2015 (in Tausend). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Mikrozensus 2015.	210
Tab. 116: Bewertung der Partnerschaft nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT. Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2014; Darstellung verändert.	210
Tab. 117: Mittlere Kontakthäufigkeit zu erwachsenen Kindern nach Region, Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 14-4, S. 47; Lizenz: CC 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de); Datenbasis: DEAS 2014.	211
Tab. 118: Größe des persönlichen Netzwerks nach Region, Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT. Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2014; Darstellung verändert.	212
Tab. 119: Besuch bei oder von Freunden nach Region, Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT. Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2014; Darstellung verändert.	213
Tab. 120: Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten (Fälle) nach Altersgruppen im Jahr 2016 (in absoluten Zahlen). Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018f; Datenbasis: Krankenhausstatistik; Darstellung verändert.	214
Tab. 121: Prävalenz und Inzidenz des Diabetes mellitus (Typ 2). Quelle: Goffrier u. a. 2017, S. 34–35; Datenbasis: bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten für die Jahre 2009 und 2015; Darstellung auszugsweise und verändert.	214
Tab. 122: 12-Monats-Prävalenz von selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depressionen bei Männern und Frauen im Alter von 65 Jahren und mehr nach Bildungsgruppe (in Prozent, mit 95 %-Konfidenzintervallen). Quelle: Thom u. a. 2017, S. 74; Lizenz CC-BY-4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de); Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS; Darstellung verändert.	215

- Tab. 123: Lebenszeitprävalenz und 12-Monats-Prävalenz von diagnostizierter Depression, nach Geschlecht und Altersgruppen (in Prozent, mit 95 %-Konfidenzintervallen in Klammern). Quelle: Busch u. a. 2013b, S. 737; Datenbasis: DEGS 2011; nachgedruckt und bearbeitet mit Genehmigung von Rights Link Permissions Springer Nature Customer Service Centre GmbH: Springer Nature Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland M. A. Busch, U. E. Maske, L. Ryl, R. Schlack, U. Hapke © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013. 216
- Tab. 124: Sterbefälle je 100.000 EW nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015. Quelle: www.gbe-bund.de; Datenbasis: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes; Darstellung verändert. 217
- Tab. 125: Primärprävention nach dem individuellen Ansatz: Erreichte Personen bei Aktivitäten zur individuellen Gesundheitsförderung unter Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland. Gliederungsmerkmale: Jahre, Alter, Geschlecht, Aktivität. Quelle: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung – Präventionsbericht, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. in: www.gbe-bund.de; Anmerkung: Die Tabelle bezieht sich auf die Anzahl der erreichten Personen, bei denen Angaben zu Handlungsfeld, Alter und Geschlecht vorlagen; die Gesamtzahl der erreichten Personen liegt geringfügig höher. 218
- Tab. 126: Anteil der AOK-Versicherten, die im Jahr 2016 mindestens eine Heilmittelverordnung erhielten, nach Altersgruppe, Geschlecht und Leistungsbereich (in Prozent). Quelle: Waltersbacher 2017, S. 16; Datenbasis: Wido 2016, AOK-Heilmittel-Informationssystem (AOK-HIS); Darstellung verändert. 219
- Tab. 127: Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen in den 36 Monaten vor Befragung nach Setting (in Prozent). Quelle: RKI 2015, S. 321; Datenbasis: DEGS1 2008–2011; Darstellung verändert. 220
- Tab. 128: Palliativstationen und stationäre Hospize, ambulante Hospizdienste, SAPV-Teams und Palliativmedizinerinnen und -mediziner nach Anzahl sowie Anzahl pro 1 Million bzw. 100.000 EW nach Bundesländern mit Stand von Oktober 2015. Quelle: RKI 2015 und DGP 2016; Datenbasis: Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung sowie www.gbe-bund.de [Palliativmedizinerinnen und -mediziner]; eigene Darstellung. 221
- Tab. 129: Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen nach Alter (in Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen im jeweiligen Jahr insgesamt) im Jahr 2015. Quelle: www.gbe-bund.de; Datenbasis: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik – Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen: Grunddaten, Personalbestand, Pflegebedürftige, Empfänger und Empfängerinnen von Pflegegeldleistungen. 222
- Tab. 130: Situation Pflegebedürftiger mit und ohne Migrationshintergrund im Jahr 2016 (in Prozent; fehlend zu 100: keine Angabe). Quelle: TNS Infratest Sozialforschung 2017, S. 162; Datenbasis: TNS Infratest Sozialforschung 2016, Studie zur Wirkung des PNG und PSG I, Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten; Darstellung verändert. 222

Tab. 131: Anteil von Personen, die nach eigener Einschätzung regelmäßig privat oder ehrenamtlich Pflege- oder Hilfeleistungen für gesundheitlich Beeinträchtigte erbringen, nach Region, Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.	223
Tab. 132: Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2014. Quelle: Rothgang u. a. 2016, S. 135; Datenbasis: Pflegestatistik 2013, SOEP 2010 bis 2013, Statistisches Bundesamt, BMG; Darstellung verändert.	223
Tab. 133: Besuch kultureller Veranstaltungen nach Alter und Region (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.	224
Tab. 134: Reichweite von Presseerzeugnissen nach Altersgruppen im Jahr 2017 (in Prozent), hier Darstellung der am weitesten verbreiteten Presse-Erzeugnisse. Quelle: Media-Analyse agma mmc 2017; eigene Darstellung.	225
Tab. 135: Monatliche Wohnkosten von Eigentümern ohne und mit abzuzahlendem Immobiliendarlehen sowie Hauptmietern nach Altersgruppen, Region und Geschlecht (in Prozent des Haushaltseinkommens). Quelle: Mahne u. a. 2017, S. 72, Tabelle A 19-3; Lizenz: CC 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de); Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert. Jede Zahl beruht auf Personenzahl $n > 30$, geringere Fallzahlen von $10 < n \leq 30$ werden mit {} und von $n \leq 10$ mit // gekennzeichnet.	226

» 09.7 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Durchschnittliches Zugangsalter in Altersrenten 1993 bis 2016 nach Geschlecht in Deutschland. Quelle: IAQ 2017a, Abbildung abbVIII11 unter www.sozialpolitik-aktuell.de ; Datenbasis: Deutsche Rentenversicherung Bund 2017; Darstellung verändert.	26
Abb. 2: Durchschnittliches Zugangsalter in Erwerbsminderungsrenten 1993 bis 2016 nach Geschlecht in Deutschland. Quelle: IAQ 2017b, Abbildung abbVIII11b unter www.sozialpolitik-aktuell.de ; Datenbasis: Deutsche Rentenversicherung Bund 2017; Darstellung verändert.	27
Abb. 3: Versicherungsstatus vor Altersrentenbezug 2015 – Versicherungsstatus am 31.12.2014 nach Region und Geschlecht (in Prozent). Quelle: DRV 2016, S. 77–79; Datenbasis: Statistisches Berichtswesen 2016; eigene Darstellung in Anlehnung an Bäcker u. a. 2017, S. 82.	28

- Abb. 4: Durchschnittliche Rentenhöhen im Rentenbestand nach Rentenart und Geschlecht 2016. Zahlbeträge in Euro/Monat, neue und alte Bundesländer am Jahresende. Quelle: IAQ 2017c, Abbildung abbVIII29_30 unter www.sozialpolitik-aktuell.de; Datenbasis: Deutsche Rentenversicherung Bund 2017; Darstellung verändert. 30
- Abb. 5: Struktur der Gesamteinkommen der älteren Bevölkerung (in Prozent des gesamten Bruttoeinkommens), Männer und Frauen im Jahr 2015 im Alter ab 65 Jahre für Deutschland, alte und neue Länder. Quelle: IAQ 2017d, Abbildung abbVIII53 unter www.sozialpolitik-aktuell.de; Datenbasis: BMAS Alterssicherungsbericht 2016; Darstellung verändert; Abweichungen in der Summe sind rundungsbedingt. 31
- Abb. 6: Empfängerquoten von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung 2003 bis 2015 (in Prozent der jeweiligen Bevölkerungsgruppe am Jahresende). Quelle: IAQ 2017e, Abbildung abbVIII51 unter www.sozialpolitik-aktuell.de; Datenbasis: Statistisches Bundesamt 2017, Genesis online; Darstellung verändert. 33
- Abb. 7: Anteile und Höhe von Geld- und Sachvermögen nach Alter 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent). Quelle: Lejeune und Romeu Gordo 2017, S. 116; Lizenz: CC BY 2.5, <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>; Datenbasis: DEAS 1996, 2002, 2008 und 2014; Darstellung verändert. 37
- Abb. 8: Anteile und Höhe von erhaltenen Erbschaften nach Altersgruppen in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent). Quelle: Lejeune und Romeu Gordo 2017, S. 121; Lizenz: CC BY 2.5, <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>; Datenbasis: DEAS 1996, 2002, 2008 und 2014; Angaben gerundet; Darstellung verändert. 39
- Abb. 9: Subjektive Gesundheit nach Altersgruppen in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent). Quelle: Spuling 2017a, S. 163; Lizenz: CC BY 2.5, <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>; Datenbasis: DEAS 1996, 2002, 2008, 2014; Darstellung verändert. 67
- Abb. 10: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand (»mittelmäßig«, »schlecht« oder »sehr schlecht«) bei Frauen und Männern nach sozialem Status und Altersgruppe (in Prozent). Quelle: Lampert u. a. 2016, S. 6; Datenbasis: GEDA 2009, 2010 und 2012; Darstellung verändert. 69
- Abb. 11: Anzahl der selbstberichteten Erkrankungen der 55- bis 69-Jährigen nach Geschlecht und Jahr (in Prozent). Quelle: Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 8-1; Lizenz: CC 2.5, <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>; Datenbasis: DEAS 1996, 2002, 2008, 2014; eigene Darstellung. 69
- Abb. 12: Anzahl der selbstberichteten Erkrankungen der 70- bis 85-Jährigen nach Geschlecht und Jahr (in Prozent). Quelle: Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang A 8-1; Lizenz: CC 2.5, <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>; Datenbasis: DEAS 1996, 2002, 2008, 2014; eigene Darstellung. 70
- Abb. 13: Gesundheitlich bedingte Einschränkungen im Alltag bei Frauen und Männern nach sozialem Status und Altersgruppe (in Prozent). Quelle: Lampert 2016 u. a., S. 7; Datenbasis: Basisdaten GEDA 2009, 2010, 2012; Darstellung verändert. 72

- Abb. 14: Anteile der Personen mit guter funktionaler Gesundheit nach Altersgruppen in den Jahren 2002, 2008, 2014 (in Prozent). Quelle: Wolff u. a. 2017, S. 134; Lizenz: CC BY 2.5, <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>; Datenbasis: DEAS 2002, 2008, 2014; Darstellung verändert. 73
- Abb. 15: Erkrankungsrisiko Grauer Star (Katarakt) nach Alter und Geschlecht (in Prozent). Quelle: RKI 2017b, S. 15; Datenbasis: RKI, Telefonischer Gesundheitssurvey 2005; Darstellung verändert. 74
- Abb. 16: 12-Monats-Prävalenz chronischer Rückenschmerzen nach Geschlecht, Alter und Sozialstatus (in Prozent mit 95 %-Konfidenzintervallen*). Quelle: Kuntz u. a. 2017, S. 787; Datenbasis: GEDA 2009, 2010 und 2012; nachgedruckt und bearbeitet mit Genehmigung von Rights Link Permissions Springer Nature Customer Service Centre GmbH: Springer Nature Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Soziale Ungleichheit und chronische Rückenschmerzen bei Erwachsenen in Deutschland, Benjamin Kuntz, Jens Hoebel, Judith Fuchs, Hanne Neuhauser, Thomas Lampert. © Springer Verlag Berlin Heidelberg 2017. * Das Konfidenzintervall (KI), auch Vertrauensintervall genannt, gibt Aufschluss über die Genauigkeit der in den Tabellen dargestellten Häufigkeitswerte. Das KI beschreibt hier den Bereich, in dem mit 95 %iger Wahrscheinlichkeit der wahre Häufigkeitswert liegt (RKI 2011a, S. 49 f.). 76
- Abb. 17: Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen (in Prozent, mit 95 %-Konfidenzintervall). Quelle: Rommel u. a. 2017, S. 11; Lizenz CC-BY-4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS; Darstellung verändert. 89
- Abb. 18: Anteile der Personen mit mindestens leichten depressiven Symptomen nach Alter, in den Jahren 2002, 2008 und 2014 (in Prozent). Quelle: Wolff und Tesch-Römer 2017, S. 180; Lizenz: CC 2.5, <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>; Datenbasis: DEAS 2002, 2008 und 2014; Darstellung verändert. 90
- Abb. 19: Sterberaten durch Suizid (ICD-10: X60 bis X84) nach Alter bei Männern und Frauen je 100.000 EW. Quelle: RKI 2015, S. 415; Datenbasis: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik, Stand 2013; Darstellung verändert. 92
- Abb. 20: Anteil von Stürzen am Unfallgeschehen nach Altersgruppen und Geschlecht (in Prozent). Quelle: RKI 2016b, S. 3, Datenbasis: GEDA 2010; Darstellung verändert. 94
- Abb. 21: Sportliche Aktivität nach Alter in den Jahren 1996 bis 2014 (in Prozent). Quelle: Spuling u. a. 2017, S. 150; Lizenz: CC BY 2.5, <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>; Datenbasis: DEAS 1996, 2002, 2008, 2014; Darstellung verändert. 101
- Abb. 22: Heilmittelpatientinnen und -patienten der AOK nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2016 (absolut und in Prozent). Quelle: Wido 2016, zitiert nach Waltersbacher 2017, S. 15; Datenbasis: AOK-Heilmittel-Informationssystem (AOK-HIS) 2017; Darstellung verändert. 116

- Abb. 23: Behandlungsfälle in Fachabteilungen für Palliativmedizin nach Altersgruppen im Jahr 2016 (nur Krankenhäuser, die nach dem DRG-System abrechnen; »15 bis 20 Jahre« ist zu lesen als »15 bis unter 20 Jahre«). Datenbasis: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik), Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017I, S. 25, 27 und 29; eigene Berechnungen; Darstellung in Anlehnung an RKI 2015, S. 335. 121
- Abb. 24: Anteil pflegender Angehöriger nach Alter und Geschlecht (in Prozent). Quelle: Wetzstein u. a. 2015, S. 3; Datenbasis: RKI, GEDA 2012; Darstellung verändert. 135
- Abb. 25: Zeitaufwand der Hauptpflegeperson für die Pflege 1998, 2010 und 2016 (Stunden pro Woche). Quelle: TNS Infratest Sozialforschung 2017, S. 62; Datenbasis: TNS Infratest Sozialforschung 2016, Studie zur Wirkung des PNG und PSG I, Basis: Repräsentativerhebung, Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten; Darstellung verändert. 136
- Abb. 26: Belastung der Hauptpflegepersonen 1998, 2010 und 2016 (in Prozent; fehlend zu 100 % = keine Angabe). Quelle: TNS Infratest Sozialforschung 2017, S. 63; Datenbasis: TNS Infratest Sozialforschung 2016, Studie zur Wirkung des PNG und PSG I, Basis: Repräsentativerhebung, Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten; Darstellung verändert. 137
- Abb. 27: Selbst finanzierte professionelle Hilfen, Anteil derjenigen, die Hilfen mindestens einmal pro Woche in Anspruch nehmen im Jahr 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen möglich, in Prozent). Quelle: TNS Infratest Sozialforschung 2017, S. 158; Datenbasis: TNS Infratest Sozialforschung 2016, Studie zur Wirkung des PNG und PSG I, Repräsentativerhebung, Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter von 16 bis 64 Jahren von Pflegebedürftigen in Privathaushalten; Darstellung verändert. 139
- Abb. 28: Gesellschaftliche Bereiche des freiwilligen Engagements ab 65-Jähriger nach Geschlecht im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: © GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT. Datenbasis: FWS 2014; Mehrfachnennungen waren möglich; eigene Darstellung. 154
- Abb. 29: Wegestrecken, Wegdauer, Anzahl der Wege pro Tag nach Altersgruppen im Jahr 2008. Quelle: BMVBS 2010, S. 75; Datenbasis: MiD 2008; Darstellung verändert. 164
- Abb. 30: Mobilitätsquote und mittlere Wegezahl nach Altersgruppen in den Jahren 2002 und 2008. Quelle: BMVBS 2010, S. 171; Datenbasis: MiD 2002; 2008; Darstellung verändert. 165
- Abb. 31: Wegezwecke nach Altersgruppen im Jahr 2008 (in Prozent). Quelle: BMVBS 2010, S. 76; Datenbasis: MiD 2008; Darstellung verändert. 166
- Abb. 32: Wegezwecke Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2008 (in Prozent). Quelle: BMVBS 2010, S. 81; Datenbasis: MiD 2008; Darstellung verändert. 167
- Abb. 33: Verkehrsaufkommen nach Verkehrsmitteln (»Modal Split«) und Altersgruppen im Jahr 2008 (in Prozent). Quelle: BMVBS 2010, S. 77; Datenbasis: MiD 2008; Darstellung verändert. 168
- Abb. 34: PKW-Führerscheinbesitz nach Geschlecht und Altersgruppen in den Jahren 2002 und 2008 (in Prozent). Quelle: BMVBS 2010, S. 71; Datenbasis: MiD 2002; 2008; Darstellung verändert. 169
- Abb. 35: MIV-Anteile nach Geschlecht und Altersgruppen im Jahr 2008 (in Prozent). Quelle: BMVBS 2010, S. 94; Datenbasis: MiD 2008; Darstellung verändert. 170

- Abb. 36: ÖPV- und NMIV-Anteile am Verkehrsaufkommen nach Geschlecht und Altersgruppen im Jahr 2008 (in Prozent). Quelle: BMVBS 2010, S. 104; Datenbasis: MiD 2008; Darstellung verändert. 170
- Abb. 37: Fahrradhelm-Gebrauch nach Altersgruppen im Jahr 2008 (in Prozent). Quelle: BMVBS 2010, S. 107; Datenbasis: MiD 2008; Darstellung verändert. 171
- Abb. 38: Siedlungsstrukturtypen der Stadt-Land-Regionen 2014. Quelle: BBSR Bonn 2018; Lizenz: dl-de/by-2-0 (www.govdata.de/dl-de/by-2-0); Datenbasis: Laufende Raumb Beobachtung des BBSR; Geometrische Grundlage: Gemeinden (generalisiert), 31.12.2014; © GeoBasis-DE/BKG, Bearbeitung: P. Kuhlmann. 177
- Abb. 39: Anteil der Personen im Alter von 65 Jahren und mehr mit selbst genutztem Wohneigentum (in Prozent). Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2014, S. 3; © Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Hamburg, 2014 (im Auftrag der Herausgebergemeinschaft); Datenbasis: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Zensus 2011; Darstellung verändert. 181
- Abb. 40: Erhaltene Erbschaften nach sozialer Schicht in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent). Quelle: Lejeune und Romeu Gordo 2017, S. 123; Lizenz: CC 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>); DEAS 1996, 2002, 2008 und 2014; Darstellung verändert. 227
- Abb. 41: Altersunterschiede der Ehepartner in der Altersgruppe ab 65 Jahren (in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt 2016b, S. 64; Datenbasis: Mikrozensus 2014; Darstellung verändert. Anmerkung: Abweichende Anteile zwischen Männern und Frauen ergeben sich dadurch, dass die Verheirateten auch Partnerinnen oder Partner unter 65 Jahren haben können. 228
- Abb. 42: Anteil der Alleinlebenden nach Alter im Jahr 2014 (in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt 2016b, S. 65; Datenbasis: Mikrozensus 2014; Darstellung verändert. 228
- Abb. 43: Materielle und instrumentelle Unterstützung zwischen den Generationen der 55- bis 69-Jährigen und 70- bis 85-Jährigen in den Jahren 1996 und 2014. Quelle: Klaus und Mahne 2017, S. 252 und 253; Lizenz: CC 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>); Datenbasis: DEAS 1996, 2014; Darstellung verändert. 229
- Abb. 44: Selbsteinschätzung der Gesundheit bei 18- bis 79-jährigen Frauen und Männern nach Altersgruppen (in Prozent). Quelle: RKI 2015, S. 32; Datenbasis: DEGS1 2008–2011; Darstellung verändert. 230
- Abb. 45: Anzahl körperlicher Erkrankungen nach migrationsbezogener Bevölkerungsgruppe in der Altersgruppe 40 bis 85 Jahre (in Prozent). Quelle: Nowossadeck u. a. 2017, S. 33; Datenbasis: DEAS 2008/2014. 230
- Abb. 46: Altersspezifische Krebssterblichkeitsrate (ICD-10 C00 bis C97 ohne C44) nach Geschlecht und Altersgruppen (je 100.000 EW). Quelle: RKI und ZKR 2017, S. 21; Datenbasis: Krebsregisterdaten 2013/2014; Darstellung verändert. 231

- Abb. 47: Vollstationäre Patientinnen und Patienten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Einrichtungen mit mehr als 100 Betten im Jahr 2016. Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017], S. 10, 12 und 14; Datenbasis: Diagnosestatistik; eigene Berechnungen und Darstellung. 232
- Abb. 48: Pflegebedürftige mit Sozialhilfebezug in vollstationären Einrichtungen nach Region in den Jahren 1999, 2010 und 2016 (in Prozent). Quelle: TNS Infratest Sozialforschung 2017, S. 247; Datenbasis: TNS Infratest Sozialforschung 2016, Studie zur Wirkung des PNG und PSG I, Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen; Darstellung verändert. 232

The logo for BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) features the letters 'BZgA' in a bold, white, sans-serif font, set against a dark grey rectangular background.

**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

Die vorliegende Expertise stellt eine umfassende Aktualisierung und Erweiterung des Fachheftes »Alte Menschen – Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 65 und 80 Jahren« (Band 44 der Fachheftreihe »Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung«, BZgA 2013) dar. Sie gibt einen breiten Überblick über die vielfältigen Lebenslagen 65- bis unter 80-jähriger Frauen und Männer in Deutschland.

Für die Aktualisierung hat das Institut für Gerontologische Forschung e. V. (IGF) für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erneut eine Vielzahl öffentlich zugänglicher Daten ausgewertet und Befunde aus aktuellen Studien zur Lebenssituation von Menschen im Alter zwischen 65 und unter 80 Jahren in Deutschland zusammengetragen. Die Expertise gibt Einblick in die sozioökonomische Situation, die sozialen Beziehungen, die gesundheitliche Lage sowie das Gesundheitsverhalten der Älteren. Weitere Themenschwerpunkte sind Pflege und Pflegebedürftigkeit, Freizeit und gesellschaftliche Teilhabe sowie das Wohnen im Alter.

Die Autorinnen zeichnen die Heterogenität der Lebenslagen alter Menschen in Deutschland nach und zeigen so Anschlussmöglichkeiten für eine zielgruppensensible Ausrichtung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention auf.