
Alte Menschen

Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter
zwischen 65 und 80 Jahren

BZgA

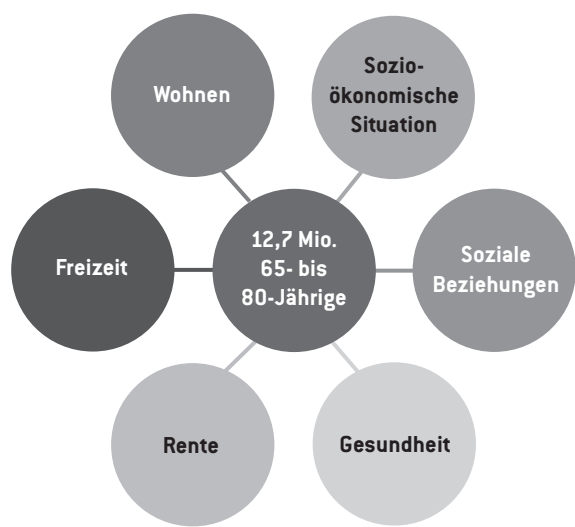
Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung



Alte Menschen

Expertise zur Lebenslage von Menschen
im Alter zwischen 65 und 80 Jahren

Josefine Heusinger, Kerstin Kammerer und Birgit Wolter
unter Mitarbeit von Kathrin Ottovay



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 44

Alte Menschen – Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 65 und 80 Jahren.

Köln: BZgA, 2013

Herausgeberin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Tel.: 0221/8992-0

Fax: 0221/8992-300

Projektleitung

Dr. Monika Köster

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

Alle Rechte vorbehalten.

Lektorat: René Zey, Frechen

Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen

Druck: Warlich, Meckenheim

Auflage: 1.3.05.13

ISBN 978-3-942816-32-8

Band 44 der Fachheftreihe ist erhältlich unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln, und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>.

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

Bestellnummer: 60640044

Vorwort

Angesichts des demografischen 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 Bedeutung.

Die Lebenserwartung bei der Geburt liegt heute für Mädchen bei 82,7 Jahren, für Jungen bei 77,7 Jahren. Der Blick auf die fernere Lebenserwartung zeigt, dass Männer, die das Alter von 60 Jahren erreicht haben, eine weitere Lebenserwartung von 21,3 Jahren vor sich haben; 60-jährige Frauen haben fast 25 weitere Lebensjahre vor sich. Mitte 2030 werden etwa 28 Millionen Menschen über 65 Jahre in Deutschland leben. Ziel ist es, den 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 äußerst heterogen. Die individuellen Voraussetzungen und Biografien unterscheiden sich, ebenso die damit einhergehenden Chancen und Risiken für Gesundheit. Die Vielfalt der Lebensumstände und des individuellen Älterwerdens zu beachten ist deshalb eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung von wirksamen Strategien der Gesundheitsförderung. Wichtig, um Gesundheit, Selbstständigkeit und Teilhabe bis ins hohe Lebensalter zu erhalten bzw. zu verbessern, ist ein frühzeitiger und lebensbegleitender Ansatz der Gesundheitsförderung. Die Strategien sollten die unterschiedlichen Lebenswelten, Lebensphasen und Vulnerabilitäten sowie auch die Ressourcen, Möglichkeiten und Stärken der Menschen berücksichtigen.

Aufbauend auf der Expertise „Die jungen Alten“, die die Zielgruppe 55- bis 65-jähriger Männer und Frauen zwischen 55 und 65 Jahren fokussierte [BZgA 2011], hat die BZgA das Institut für Gerontologische Forschung e. V. mit einer gezielten Auswertung nationaler, öffentlich zugänglicher Daten und aktueller Informationen zu unterschiedlichen Themenschwerpunkten beauftragt, um nunmehr einen *Überblick über die vielfältigen Lebenslagen von Menschen im Alter zwischen 65 und 80 Jahren* zu erhalten.

Die vorliegende Expertise gibt einen Überblick über die sozioökonomische Situation, das Ausmaß sozialer Beziehungen, die gesundheitliche Lage sowie das Gesundheitsverhalten der 65- bis 80-Jährigen in Deutschland. Darüber hinaus werden die Bereiche Freizeit, zivilgesellschaftliches Engagement und Ehrenamt, Wohnen im Alter sowie das Thema Pflegebedürftigkeit beleuchtet. Die vorliegende Studie ermöglicht ein Gesamtbild zu den Lebenslagen der großen Zielgruppe der 65- bis 80-Jährigen in Deutschland.

Mit der vorliegenden Fachpublikation stellt die BZgA den Akteurinnen und Akteuren vor Ort eine spezifische Planungsgrundlage für Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten für älter werdende und alte Menschen zur Verfügung.

Köln, im April 2013

Prof. Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

Inhalt

01	» Einleitung	7
02	» Sozioökonomische Situation im Überblick	10
02.1	Alter und Geschlecht	10
02.2	Migrationshintergrund	11
02.3	Bildung	13
02.4	Arbeit und Ruhestand	14
02.5	Renten und Rentenhöhe	22
02.6	Vermögen, Einkommen, Armut	25
02.7	Subjektive Wahrnehmung der materiellen Lebenssituation	31
02.8	Fazit	32
03	» Soziale Beziehungen	34
03.1	Lebensformen und Haushalte	34
03.2	Familien- und Generationenbeziehungen	37
03.3	Außerfamiliäre Netzwerke	40
03.4	Fazit	43

04	»	Gesundheit	44
04.1		Gesundheitliche Lage	44
04.2		Morbidität	46
04.3		Unfälle	57
04.4		Psychische Erkrankungen	58
04.5		Lebenserwartung und Mortalität	62
04.6		Gesundheitsverhalten und Risiken	64
04.7		Sucht im Alter	67
04.8		Pharmakotherapie (Medikamentenverordnung)	69
04.9		Prävention	70
04.10		Rehabilitation	75
04.11		Gesundheitskosten	76
04.12		Sterbeorte	77
04.13		Fazit	78
05	»	Pflege und Pflegebedürftigkeit	80
05.1		Pflegebedürftigkeit bei Menschen zwischen 65 und 80 Jahren	80
05.2		Versorgung bei Pflegebedürftigkeit	82
05.3		Pflegende	84
05.4		Belastungen durch die Pflege	84
05.5		Fazit	87
06	»	Freizeit	88
06.1		Lebensqualität, Werte und Religion	88
06.2		(Pflicht-)freie Zeit: Kultur, Reisen, Vereinsleben	91
06.3		Zivilgesellschaftliches Engagement, Ehrenamt und Weiterbildung	92
06.4		Mediennutzung	96
06.5		Mobilität	101
06.6		Fazit	106
07	»	Wohnen	108
07.1		Regionale Verteilung der Altersgruppe: Wo wohnen die älteren Menschen?	108
07.2		Eigentumsverhältnisse, Versorgung mit Wohnraum und Wohnkosten	111
07.3		Wohnformen im Alter und altersgerechtes Wohnen	113
07.4		Wohnumfeld	115
07.5		Wanderungsbewegungen und Umzugsbereitschaft	117
07.6		Fazit	119

08 ➤ Fazit

121

09 ➤ Anhang

124

09.1	Tabellen	124
09.2	Abbildungen	142
09.3	Abkürzungsverzeichnis	164
09.4	Literaturverzeichnis	165
09.5	Tabellenverzeichnis	176
09.6	Abbildungsverzeichnis	181

01

» Einleitung

Um den 65. Geburtstag herum beginnt für die meisten 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 die Älteren an der Schwelle zur Hochaltrigkeit. Der Erhalt der Gesundheit und des körperlichen Wohlbefindens nehmen mehr Zeit in Anspruch; viele Menschen haben bereits den Verlust ihres Lebenspartners erleben müssen. Zwischen diesen Polen – dem des Aufbruchs in einen neuen Lebensabschnitt und dem Beginn des Abschiednehmens – spannt sich die in dieser Expertise betrachtete Altersphase. Fast 13 Millionen Frauen und Män-

ner sind in Deutschland Ende 2009 zwischen 65 und 80 Jahre alt. Die Altersgruppe ist deutlich weiblich geprägt, und mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Frauen im Verhältnis zu dem der Männer weiter an. 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.

Die Altersgruppe der 65- bis 80-Jährigen umfasst, je nach Datengrundlage¹, die Geburtsjahrgänge 1930

1 Die Datenlage erfordert es, Quellen aus verschiedenen Jahrgängen zu verwenden. Um ein umfassendes Bild der 65- bis 80-Jährigen zu vermitteln, wurden Datenquellen aus den Jahren 2005 bis 2011 ausgewertet. Die Sichtung der wesentlichen Quellen zeigt, dass die Auswahl der Altersstufen zwischen den einzelnen Quellen, zum Teil aber auch innerhalb der Quellen, variiert. *Fortsetzung auf S. 8.*

bis 1944 (bezogen auf das Erfassungsjahr 2009). Die stärksten Jahrgänge bilden zum Stichtag 31.12. 2009 die Jahre 1938 bis 1941, also die Jahrgänge, die um den Beginn des Zweiten Weltkriegs herum geboren wurden. Diese Altersgruppe durchlebt ihre Kindheit und Jugend im Nationalsozialismus, im Krieg und in der Nachkriegszeit. Sie wächst in Familien mit meist traditionellen Geschlechterverhältnissen auf, wird erzogen von nationalsozialistisch geschulten Pädagoginnen und Pädagogen, macht ihre ersten Lebenserfahrungen in einer Gesellschaft, in der Unterdrückung und Verfolgung herrschen, und erlebt – zum Teil in frühester Kindheit, zum Teil als Jugendliche – die Gewalt und Brutalität des Kriegs und ein rasches Ende ihrer Kindheit.

Die Nachkriegszeit ist eine Zeit des Umbruchs und des Neubeginns, geprägt einerseits von Hunger, Not, Vertreibung und zerrissenen Familien und andererseits von Freiräumen, Aufbruch und Unabhängigkeit. In dieser Gemengelage startet unsere Kohorte in ihr Leben oder stellt sich bereits auf eigene Füße. Sie erlebt Fortschrittsgläubigkeit und einen raschen wirtschaftlichen Aufschwung, aber auch ein weitreichendes Schweigen über die unmittelbare Vergangenheit und die Tabuisierung des Erlebten. Die Familie spielt eine entscheidende Rolle, man sucht Sicherheit in klaren Rollenzuschreibungen der Geschlechter, und der Individualismus gewinnt an Raum (»Jeder ist sich selbst der Nächste«).

In dieser Zeit manifestiert sich die Teilung Deutschlands in Ost- und Westdeutschland, und die Lebensbedingungen für die Menschen in den beiden Teilen des Landes unterscheiden sich zusehends. Hier wie dort leben die Menschen in relativer ökonomischer

und sozialer Sicherheit. Während aber in Westdeutschland mit der Studentenbewegung in den 1960er-Jahren eine Zeit der gesellschaftlichen Auseinandersetzung einsetzt, beginnt in Ostdeutschland eine Phase der Restriktion und Unterdrückung, die im Mauerbau ihren brutalen Ausdruck findet. Die Altersgruppe der 65- bis 80-Jährigen sucht sich zu dieser Zeit ihren Platz in der Gesellschaft oder etabliert sich bereits: 1960 ist die Kohorte zwischen 16 und 30 Jahre alt.

Die Jahre zwischen 1960 und 1989 bringen für die meisten die Zeit der beruflichen Entwicklung und Sicherung ihrer materiellen Existenz mit sich. Allerdings wird mit der Wirtschaftskrise Arbeitslosigkeit zu einer wachsenden Bedrohung für viele, vor allem in Westdeutschland. Die Hausfrauenehe bildet hier das verbreitete Familienmodell, während in Ostdeutschland ab den 1970er-Jahren auch (Ehe-)Frauen zunehmend erwerbstätig sind. In beiden Teilen Deutschlands werden junge »Gast«-Arbeiterinnen und -Arbeiter angeworben, die sich in Deutschland niederlassen und heute einen Teil der von uns betrachteten Altersgruppe stellen.

1989 sind die 65- bis 80-Jährigen zwischen 45 und 59 Jahre alt. Während die einen bereits an der Grenze zum Ruhestand stehen, befinden sich die anderen mitten in ihrem Berufsleben. Im Westen sind die Verwerfungen der Wiedervereinigung nur wenig zu spüren. In Ostdeutschland treffen sie die Angehörigen unserer Altersgruppe dagegen ganz unterschiedlich: Für die älteren von ihnen beginnt eine neue Lebensphase (die Verrentung) in einem anderen politischen System. Viele können ihre Lebenserfahrung beim Aufbau neuer, zivilgesellschaftlicher Strukturen aktiv einsetzen. Die Jüngeren hingegen sehen sich häufig

Fortsetzung von Fußnote 1: Häufig stellen Auswertungen pauschal die Altersgruppe 65+ dar, manche Erhebungen betrachten hingegen 55- bis 69-Jährige und 70- bis 85-Jährige. Auch wenn die 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 es, ein möglichst umfassendes Bild zu vermitteln.

mit drohender Arbeitslosigkeit konfrontiert und benötigen ihre Kräfte, um ihre wirtschaftliche Existenz zu sichern.

Heute befindet sich unsere Altersgruppe im Ruhestand und kann von den Ressourcen und Lebenserfahrungen profitieren, die sie in ihrem Leben gesammelt hat. Sie sieht sich konfrontiert mit einem Bild des aktiven Alterns und ist gefordert, diesen Lebensabschnitt individuell mit Sinn zu füllen. Sie erlebt im Vergleich zu vergangenen Zeiten eine relativ lange, gesunde Lebensphase, die sie zwischen IGeL-Leistungen und Pflegebedarf organisiert. 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.

Im Folgenden werden die wesentlichen Dimensionen des Alltags der 65- bis 80-Jährigen betrachtet. Zunächst wird die Zusammensetzung der Altersgruppe unter verschiedenen Aspekten beschrieben und ein Überblick über die sozioökonomische Situation geliefert. Im dritten 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 Kapitel 6 (»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 Lebensabschnitts zwischen 65 und 80 Jahren in Deutschland abzubilden sowie Potenziale und Ressourcen der älteren Men-

schen für Gesundheit und einen selbstbestimmten Alltag aufzuzeigen. Zugleich liegt ein spezielles Augenmerk auf vulnerablen und riskanten Lebenslagen, die einen besonderen Unterstützungsbedarf mit sich bringen. Interessant für künftige Handlungsstrategien in der Prävention sind daher häufig eher die »Randgruppen« als der statistische Durchschnitt.

02

» Sozioökonomische Situation im Überblick

Dieses Kapitel stellt schlaglichtartig die Lebenslagen der Älteren im Alter von 65 bis 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 und die Verteilung von Armutsrisiken.

Alter	Gesamt	Männer	Frauen
65–69	4.880.500	2.345.400	2.535.100
70–74	4.739.900	2.187.200	2.552.700
75–79	3.100.600	1.327.500	1.773.100
<i>Gesamt</i>	12.721.000	5.860.100	6.860.900

» Tab. 1: Verteilung der Altersgruppe 65–79 nach absoluten Zahlen, Stand 31.12.2009, in 1.000 (Statistisches Bundesamt 2011c, S. 44)

» 02.1 Alter und Geschlecht

Die 65- bis 80-Jährigen² stellen am 31.12.2009 einen Anteil von 15,5 % an der Gesamtbevölkerung dar (Gesamtbevölkerung am 31.12.2009: 81.802.300,

davon 40.103.600 Männer und 41.698.700 Frauen; Statistisches Bundesamt 2011c, S. 44).

Damit sind in absoluten Zahlen 12.721.000 Menschen zwischen 65 und unter 80 Jahren alt. Von ihnen sind 5.860.100 Männer und 6.860.900 Frauen – es lassen sich also rund eine Million mehr Frauen als Männer in dieser Altersgruppe zählen. Bedingt durch die höhere Lebenserwartung der Frauen ist der Unterschied zwischen der Zahl der Männer und der der

Frauen in den älteren Jahrgängen am größten (Statistisches Bundesamt 2011c, S. 44; eigene Berechnung).

Tabelle 2 im Anhang bildet die Altersverteilung aufgeschlüsselt nach Jahrgängen und Geschlecht ab (Stand 2009). Sie zeigt, dass die 69-Jährigen (Geburtsjahrgang 1940) die größte Gruppe bilden, gefolgt von den 70-Jährigen (Geburtsjahrgang 1939) und den 68-Jährigen (Geburtsjahrgang 1941).

In vielen Studien werden Daten nur pauschal für die Altersgruppe 65+ ohne nähere Aufschlüsselung erhoben bzw. vorgestellt. Da diese Gesamtaltersgruppe 65+ mit 12.145.000 Personen angegeben wird und die Gruppe der über 80-Jährigen »Hochalt-rigen« aus 4.424.000 Personen besteht, bildet die in dieser Expertise betrachtete Gruppe der 65- bis 80-Jährigen an der Gesamtgruppe 65+ einen Anteil von 74 % (ebd.).

Die insgesamt größte Anzahl von über 65-Jährigen lebt in Nordrhein-Westfalen, nämlich 3.637.400 Personen (von ihnen sind bald zwei Drittel, nämlich 2.092.200 Personen, weiblich). Dort stellen sie 20,3 % der Gesamtbevölkerung. In Bayern leben 2.450.900 Ältere und Alte, das entspricht einem Bevölkerungsanteil von knapp 20 % (Statistisches Bundesamt 2011c, S. 43).

Prozentual gesehen verzeichnen allerdings die ostdeutschen Bundesländer mit geringerer Gesamtbevölkerung die höchsten Anteile an älteren Menschen. Sachsen weist den prozentual höchsten Anteil von Menschen im Rentenalter auf, hier ist ein knappes Viertel der Einwohnerinnen und Einwohner

über 65 Jahre alt. Auch in Sachsen-Anhalt, Thüringen, Brandenburg und im Saarland ist der Anteil der Älteren groß, während er in den »jungen« Stadtstaaten Hamburg und Berlin bei 19 % liegt (Statistisches Bundesamt 2011b, S. 8; siehe zu regionalen Unterschieden ausführlich das Kapitel 07).

» 02.2 Migrationshintergrund

Wie viele Ältere haben einen Migrationshintergrund? Als Menschen mit Migrationshintergrund gelten der gängigen Definition des Statistischen Bundesamtes zufolge Personen, »die nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländerinnen und Ausländer sowie alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugezogenen oder als Ausländerin bzw. Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil« (Statistisches Bundesamt 2011c, S. 31).³ Eine Aufarbeitung des Mikrozensus 2010 zum Thema Migration zeigt, dass die rund 1,4 Millionen Älteren mit Migrationshintergrund 9 % an der Altersgruppe der 65- bis 85-Jährigen stellen (Statistisches Bundesamt 2011a, S. 64 f.; eigene Berechnung).

2010 haben in der Altersgruppe der 65- bis unter 75-Jährigen 948.000 Personen einen Migrations-

2 Wenn auf Basis der Daten des Mikrozensus (Statistisches Bundesamt) von 65- bis 80-Jährigen gesprochen wird, so sind stets die 65-Jährigen bis unter 80-Jährigen erfasst. Im Deutschen Alterssurvey bezeichnet das Alter das im Befragungsjahr vollendete Lebensalter in Jahren (Befragungsjahr minus Geburtsjahr).

3 Diese Definition liegt allen folgenden Ausführungen zur Situation von Menschen mit Migrationshintergrund – bzw. synonym Migrantinnen und Migranten – zugrunde, soweit nichts anderes angegeben ist. Wo Daten nicht in diesem Sinne aufschlüsselbar sind, müssen wir mitunter auf die Kategorie Nichtdeutsche bzw. Ausländerinnen und Ausländer zurückgreifen. Diese umfasst Personen, die in Deutschland leben, aber nicht die deutsche Staatsangehörigkeit haben.

hintergrund. Von ihnen sind 482.000 Männer (ebd., S. 73) und 467.000 Frauen (ebd., S. 81). In der Altersgruppe der 75- bis unter 85-Jährigen haben weniger, nämlich nur noch 431.000 Personen einen Migrationshintergrund: 203.000 Männer (ebd., S. 73) und 229.000 Frauen (ebd., S. 81). Die allermeisten von ihnen haben die Migration selbst erlebt und leben nunmehr schon seit 20 Jahren und länger in Deutschland. Nur insgesamt 67.000 der 65- bis 85-Jährigen mit Migrationshintergrund sind erst in den vergangenen zehn Jahren zugezogen.⁴

Woher migrierten die Älteren (oder ggf. deren Eltern) bzw. welche Staatsangehörigkeit haben sie oder hatten sie vor einer Einbürgerung in Deutschland? Die insgesamt größte Gruppe unter den Älteren mit Migrationshintergrund stellen die (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler⁵ – allerdings fehlen in den Erhebungen des Statistischen Bundesamtes in vielen Fällen Angaben zu Herkunftsland und Zuzugsjahr. (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler gelten als Deutsche im Sinne des Grundgesetzes nach Artikel 116, unabhängig davon, ob sie die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen oder nicht. So können sie auch mit nicht deutschstämmigen Familienangehörigen nach Deutschland übersiedeln, die ebenfalls die deutsche Staatsbürgerschaft beantragen können.

War in den 1980er-Jahren Polen das Hauptherkunftsland der Aussiedlerinnen und Aussiedler (mit einem Peak am Ende des Kalten Kriegs mit insgesamt einer halben Million Zuzüge in den Jahren 1988, 1989, 1990), so dominierte in den 1990er-Jahren der Zuzug aus der UdSSR mit rund 1,5 Millionen Personen (Forschungsverbund 2009, S. 19). Der Zuzug von insgesamt 22.000 Personen im Alter von 65 bis

85 Jahren in den vergangenen zehn Jahren ist insofern vergleichsweise gering (Statistisches Bundesamt 2011a, S. 68).

Spezifisch für die Migrationserfahrung der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler ist es, 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, das heißt 55 Jahre alt und älter; zudem migrierten auch hochaltige Personen (Mika 2007). Es ist in dieser Gruppe ein deutlicher Frauenüberhang zu verzeichnen. Nach Mika (Forschungsverbund 2009, S. 72) lässt sich dieser mit dem im Vergleich zu Deutschland nochmals niedrigeren Sterbealter der Männer gegenüber dem der Frauen erklären. Zum Teil zogen daher auch bereits verwitwete ältere Frauen zu.

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- und 1970er-Jahren im Zuge der Anwerbeabkommen (und des Familiennachzugs) als sogenannte »Gastarbeiterinnen« bzw. »Gastarbeiter« nach Deutschland kamen – und blieben (Özcan und Seifert 2004). 24.000 Personen in der Kohorte der 75- bis 85-Jährigen (15.000 von ihnen männlich, 9.000 weiblich) und schon 145.000 in der Kohorte der 65- bis 75-Jährigen (85.000 männlich, 61.000 weiblich) kamen aus der Türkei nach Deutschland (Statistisches Bundesamt 2011a, S. 64–65, S. 72–73, S. 80–81). Der Männerüberhang resultiert aus einer männlich dominierten Zuwanderung in der Arbeitsmigration im Rahmen der Anwerbeabkommen, möglicherweise aber auch aus versäumter Aktualisierung

⁴ Differenzen durch Rundung.

⁵ Seit 1993 unter dem Begriff Spätaussiedler/Spätaussiedlerinnen erfasst.

Herkunftsländer	65–74 Jahre		75–84 Jahre	
Türkei gesamt	145.000		24.000	
Türkei (Männer/Frauen)	85.000	61.000	15.000	9.000
Russische Föderation gesamt	63.000		43.000	
Russische Föderation (Männer/Frauen)	27.000	36.000	18.000	26.000
Polen	75.000		44.000	
Italien	52.000		21.000	
Griechenland	31.000		11.000	

Tab. 3: Ältere Menschen mit Migrationshintergrund nach ausgewählten, wichtigen Herkunftsländern (in absoluten Zahlen) (Statistisches Bundesamt 2011a, S. 64–65, 72–73, 80–81, eigene Zusammenstellung, Differenzen durch Rundungen)

der Daten in den Ausländerzentralregistern und Einwohnermeldeämtern bei Remigration, Umzügen oder Einbürgerungen (Menning und Hoffmann 2009, S. 7; Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2008, S. 17).

Auch Italien sowie Griechenland sind wichtige Herkunftsländer von Zuwanderinnen und Zuwanderern aus der sogenannten Gastarbeitergeneration, wie Tabelle 3 im Überblick zeigt. Es gilt bei den Zahlen zu Herkunftsländern bzw. vormaliger Staatsbürgerschaft allerdings zu beachten, dass von 127.000 65- bis 74-Jährigen und 78.000 75- bis unter 85-Jährigen die Angaben zur vorherigen Staatsbürgerschaft fehlen oder als unzutreffend gelten (siehe auch Tabelle 4 im Anhang).

Während über 65-jährige Migrantinnen und Migranten im Jahr 2007 in Agglomerationsräumen mit im Schnitt fast 10 % einen nicht zu vernachlässigenden Bevölkerungsanteil an der Altersgruppe 65+ ausmachen, halbiert sich ihr Anteil in ländlichen Räumen (Menning und Hoffmann 2009, S. 11 f. auf Basis der Daten aus dem Mikrozensus 2007). Den größten Anteil an der gesamten Altersgruppe 65+ stellen im Jahr 2005 ältere Migrantinnen und Migranten in Frankfurt mit 13 %, in Stuttgart mit 11,3 %, in München mit 10,3 % sowie in Berlin-West mit 9,3 % (ebd., auf Basis der Daten aus dem Mikrozensus 2005). Da diese Zahlen bereits aus dem Jahr 2005 stam-

men, lohnt zur Orientierung ein Blick auf die Gruppe der zum Erhebungszeitpunkt 50- bis 64-Jährigen, die 2012 demnach 57 bis 71 Jahre alt sind: Im Jahr 2005 weisen, anteilig zur Gesamtaltersgruppe, die Stadt Frankfurt bereits 31,6 %, Stuttgart 29,6 % und München 26,6 % 50- bis 64-Jährige mit Migrationshintergrund auf.

Ältere (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler dürften hier gegenüber den Älteren vor allem aus der Türkei eine eher geringe Rolle spielen, da sie sich kaum in Großstädten angesiedelt haben (mit der Ausnahme Berlins), sondern vorrangig in mittelgroßen Städten und ländlichen Räumen leben (Mika 2007).

» 02.3 Bildung

Welche Schul- und Berufsabschlüsse haben die alten Menschen? Der Mikrozensus erlaubt einen detaillierten Einblick in die schulischen und beruflichen Bildungsabschlüsse (Statistisches Bundes-

Alter: 65+ Gesamt*		Davon					
		Mit allgemeinem Schulabschluss					Ohne allgemeinen Schulabschluss
		Haupt-/ (Volks)Schul- abschluss	Abschluss polytechn. Oberschule	Realschul- bzw. gleichw. Abschluss	Fachhoch- schul-/Hoch- schulreife	Ohne Angabe zur Art des Abschlusses	
Gesamt	17.145	11.361	421	2.126	2.242	76	741
Männer	7.385	4.585	190	795	1.443	28	294
Frauen	9.760	6.776	231	1.331	799	48	447

* Einschließlich 178.000 Personen, die keine Angaben zur allgemeinen Schulausbildung gemacht haben.

Tab. 5: Bevölkerung 2009 nach Alter, Geschlecht und schulischem Bildungsabschluss, in 1.000 (Statistisches Bundesamt 2011c, S. 132, eigene Darstellung)

amt 2011c, S. 132–133}. Dabei wird deutlich, dass ältere Frauen im Schnitt ein niedrigeres schulisches Bildungsniveau aufweisen als Männer.

Tabelle 6 belegt, dass knapp die Hälfte der Frauen ohne Migrationshintergrund und weit über die Hälfte der Migrantinnen und (Spät-)Aussiedlerinnen keinen beruflichen Bildungsabschluss haben. Andererseits verfügen Frauen mit Migrationshintergrund und (Spät-)Aussiedlerinnen häufiger als Frauen ohne Migrationshintergrund über einen Universitätsabschluss. Während von den Männern ohne Migrationshintergrund gut 14 % keinen beruflichen Bildungsabschluss haben, sind dies unter jenen mit Migrationshintergrund rund 40 %.

» 02.4

Arbeit und Ruhestand

In den Jahren zwischen 55 und 65 wird für die meisten Menschen das Ende der Erwerbsarbeit zum Thema. Die Weichen für einen Übergang in den Ruhestand müssen gestellt werden (BZgA 2011). Für Teile der Jüngeren in unserer Altersgruppe – also die 65- bis etwa 70-Jährigen – und für einen marginalen Teil der Älteren bleibt aktive Erwerbsarbeit wei-

	Universitätsabschluss		Ohne beruflichen Bildungsabschluss	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Ohne Migrationshintergrund	8,2	2,7	14,2	45,9
Mit Migrationshintergrund	9,0	5,6	40,1	63,8
(Spät-)Aussiedler/-innen	4,8	3,3	32,6	64,3

Tab. 6: Über 65-jährige Männer und Frauen mit/ohne Migrationshintergrund, mit Universitätsabschluss und ohne Abschluss (in Prozent) (Menning und Hoffmann 2009, S. 26, berechnet nach Daten des Statistischen Bundesamts 2007)

Alter	Einkommen durch							
	Erwerbs- tätigkeit	Vermögen	Öffentl. Transfer	Darunter		Nichtöffentl. Transfer	Darunter	
				Rente	Pension		Werks-/Be- triebsrente	Private Ver- sicherung
West								
65–69	10	8	75	51	11	7	4	1
70+	4	6	83	56	11	7	4	1
Ost								
65–69	8	2	88	81	0	2	0	0
70+	2	3	93	84	1	2	0	0

Tab. 7: Anteil verschiedener Einkommensarten am Haushaltsbruttoeinkommen (in Prozent) (Noll und Weick 2012, S. 3; Datenbasis: Einkommens- und Verbraucherstichprobe 2008)

terhin ein Aspekt des Alltags und des Lebensunterhalts. Für die meisten füllen sich indes nun die Tage anders. Ihren Lebensunterhalt bestreiten sie dabei – differenziert nach ihrer Stellung im Erwerbslebenslauf – aus einer Fülle verschiedener Quellen wie Renten, Pensionen, privater oder betrieblicher Altersvorsorge, Vermögen, aber auch aus staatlichen Leistungen der Grundsicherung oder durch Unterhalt seitens des Partners, seltener der Partnerin. Dabei zeigt sich »innerhalb der Altenbevölkerung auch eine ausgeprägte sozioökonomische Ungleichheit, die sowohl die differenziellen Opportunitäten und Erfolge im Erwerbsleben widerspiegelt als 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 Zusammensetzung des durchschnittlichen Haushaltsbruttoeinkommens der 65- bis 69-Jährigen und der 70-Jährigen und älteren in West- und Ostdeutschland.

Nach diesen Daten werden in Haushalten der 65- bis 69-Jährigen noch 10 % des Haushaltsbruttoeinkommens durch Erwerbstätigkeit erwirtschaftet. Hier schließt sich die Frage an, wer in der hier be-

trachteten Altersgruppe eigentlich noch arbeitet und was wir über die Bedingungen und Umstände solcher Erwerbsarbeit wissen.

Augenfällig ist, dass die Datenlage zur Erwerbstätigkeit bzw. zu den Beschäftigungsverhältnissen der über 65-Jährigen unbefriedigend und bisweilen widersprüchlich ist. Im Folgenden wird sich zeigen, dass die Angaben zum Erwerbsstatus der Älteren, die in den Stichprobenbefragungen des Mikrozensus erhoben werden, deutlich von den Zahlen der Bundesagentur für Arbeit abweichen, bei der die über 65-Jährigen in sozialversicherungspflichtiger und geringfügig entlohnter Beschäftigung – zum Beispiel Rentnerinnen und Rentner mit einem »Mini-Job« – registriert sind (zur Problematik der abweichenden Ergebnisse des Mikrozensus von anderen Beschäftigtenstatistiken sowie zur Diskussion möglicher Ursachen siehe ausführlich Körner und Puch 2009 und Köhne-Finster und Lingnau 2008).

Im Mikrozensus wird das international gängige Erwerbskonzept der International Labour Organization (ILO) angelegt. Dessen Kategorie »Erwerbspersonen« umfasst »Erwerbstätige« sowie alle »Erwerbslosen«, die dem Arbeitsmarkt aktiv zur

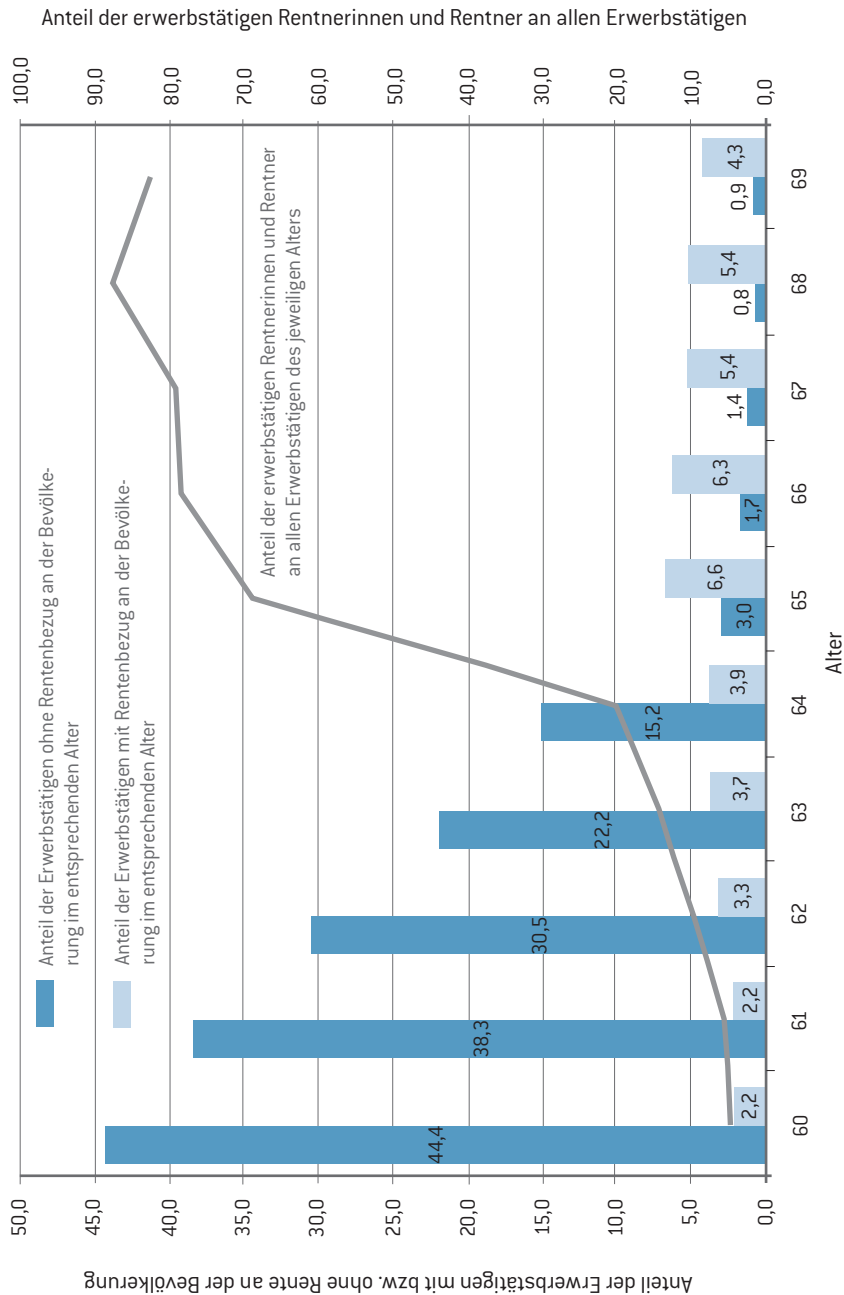


Abb. 1: Erwerbstätigenquote von Personen mit und ohne Rentenbezug nach Alter, 2007 (Brussig 2010a, S. 8, auf Basis des Mikrozensus 2007)

Verfügung stehen. Nach dieser Definition müssen Erwerbslose nicht arbeitslos gemeldet sein. Es gelten hier bereits Personen als Erwerbstätige, die laut Selbstauskunft in einem einwöchigen Berichtszeitraum »wenigstens eine Stunde für Lohn oder sonstiges Entgelt irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachgehen bzw. in einem Arbeitsverhältnis stehen (Arbeitnehmer einschließlich Soldatinnen und Soldaten sowie mithelfende Familienangehörige), die selbstständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen freien Beruf ausüben.«⁶ (Statistisches Bundesamt 2010a, S. 381).

2009 werden mit dieser Definition 666.000 über 65-jährige Personen – immerhin 6 % der 65- bis 74-Jährigen und 1 % der Menschen ab 75 Jahren – als erwerbstätig gezählt (Statistisches Bundesamt 2011b, S. 47). Dabei gilt für rund 40 % dieser Erwerbstätigen ab 65 Jahren die Erwerbstätigkeit als vorwiegende Quelle des Lebensunterhalts. Damit bestreiten rund 277.000 Personen im Rentenalter ihr Einkommen überwiegend aus Erwerbstätigkeit. Für die anderen Erwerbstätigen ab 65 Jahren stellt das Erwerbseinkommen nur einen Zuverdienst neben Rente bzw. Pension dar. Fast jede bzw. jeder zweite Erwerbstätige jenseits der 65 Jahre gilt als selbstständig oder als mithelfender Familienangehöriger; ihr Anteil ist damit mehr als dreimal so hoch wie in der Altersklasse der 55- bis 64-Jährigen.

An dieser Stelle sei indes darauf verwiesen, dass sich die Erwerbssituation Älterer bereits lange vor der Marke des 65. Geburtstags ausdifferenziert hat. Bereits in der Altersgruppe 55–65 Jahre sind als Erwerbspersonen nach dem Konzept der ILO nur noch etwa 60 % registriert (das heißt, sie arbeiten wenigstens eine Stunde pro Woche gegen Geld oder suchen eine Erwerbstätigkeit), während sich 40 %

bereits aus dem Erwerbsleben zurückgezogen haben, sei es wegen der angespannten Arbeitsmarktsituation für Ältere, insbesondere in Ostdeutschland, oder aus gesundheitlichen Gründen (insbesondere in den qualifizierten manuellen Berufen). Weitere Angehörige der Altersgruppe waren ohnehin auch zuvor, zum Beispiel als Hausfrauen bzw. Hausmänner, nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv.

Mit Zahlen auf Basis des Mikrozensus 2007 (das heißt nach dem ILO-Konzept) stellt Martin Brüssig (Brüssig 2010a, S. 8) die Entwicklung der Erwerbstätigen mit und ohne Rentenbezug in der Altersspanne 60–69 Jahre dar.

Tabelle 8 zeigt nach dem ILO-Konzept auf Basis des Mikrozensus 2009, in welchem Verhältnis sich die Bevölkerung der Altersgruppen 65–70, 70–75 und 75–80 Jahre aus Erwerbspersonen, Erwerbstätigen und Nichterwerbspersonen (darunter Rentnerinnen und Rentner) zusammensetzt. Männer gehen hier etwa doppelt so oft einer Erwerbstätigkeit nach wie Frauen. Der von uns errechnete Erwerbstätigenquotient setzt die Erwerbstätigen der jeweiligen Altersgruppe zur entsprechenden Altersgruppe insgesamt ins Verhältnis. Laut Mikrozensus 2009 ist also bei den 65- bis 70-Jährigen noch etwa jeder zehnte Mann erwerbstätig, bei den Frauen sind es 6 %. Immerhin über 5 % (Männer) bzw. 2 % (Frauen) sind bei den 70- bis 75-Jährigen erwerbstätig.

Betrachtet man nun die Zahl der bei der Bundesagentur für Arbeit registrierten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (einschließlich Teilzeit), so fällt diese weit geringer aus: Bereits jenseits des 60. Lebensjahrs sinkt die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten auf etwa eine Million – das entspricht nur noch einem knappen Viertel der Altersgruppe 60–65 Jahre (Bäcker et al. 2010,

⁶ Zudem gilt als erwerbstätig, wer in einem »festen Arbeitsverhältnis« steht, aber in der Berichtswoche wegen zum Beispiel Krankheit, Elternzeit oder Altersteilzeitregelungen nicht gearbeitet hat.

Geschlecht	Alter	Erwerbsstatus der Bevölkerung					
		Gesamt	Erwerbs- personen	Erwerbstätige	Erwerbstätigen- quotient	Nichterwerbs- personen	Rentner/-innen
Männlich	65 – < 70	2.446	263	259	10,6%	2.184	2.148
Männlich	70 – < 75	2.189	106	106	4,8%	2.083	2.049
Männlich	75 – < 80	1.310	34	34	2,6%	1.277	1.259
Weiblich	65 – < 70	2.681	163	161	6%	2.518	2.053
Weiblich	70 – < 75	2.525	60	60	2,3%	2.465	2.027
Weiblich	75 – < 80	1.713	19	19	1,1%	1.694	1.455

Tab. 8: Erwerbsstatus nach Geschlecht und Altersgruppe, 2009, in 1.000 bzw. Prozent (Mikrozensus 2009: Erwerbsstatus der Bevölkerung, eigene Berechnung des Quotienten der Erwerbstätigen)

S. 14). Besonders stark bricht der Anteil der versicherungspflichtig Beschäftigten in der Altersgruppe der 63- und 64-Jährigen ein: Nur noch etwa 100.000 Arbeitnehmerinnen und -nehmer lassen sich jeweils in diesen beiden Altersgruppen zählen, davon sind ein gutes Viertel Teilzeitbeschäftigte (Bäcker et al. 2010, S. 15). Die Vollzeitbeschäftigtenquote sinkt auf 9,2% [63 Jahre] bzw. 6,3% [64 Jahre]. Im Alter über 65 Jahren ist die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten dann marginal, wie sich der Tabelle entnehmen lässt (Bundesregierung 2010, S. 44; siehe auch Abbildung 2 im Anhang).

Belastbare Zahlen über geringfügig entlohnte Beschäftigungsverhältnisse (»Mini-Jobs«) der Älteren liefert ebenfalls die Bundesagentur für Arbeit. Diese Daten legen es nahe, ein weit regeres Beschäftigungsgeschehen im Alter anzunehmen, als es die zuvor vorgestellten Daten des Mikrozensus auf Basis von Selbstauskunft beschreiben. Die Bundesagentur für Arbeit registriert im Juni 2011 insgesamt 764.016 geringfügig entlohnte Beschäftigte im Alter von 65 Jahren und älter (Bundesagentur für Arbeit 2012).

Schröder (Schröder 2011) hat die Werte des Jahres 2010 differenziert nach Geschlechtern zur jeweiligen Gesamaltersgruppe in Bezug gesetzt, mit fol-

genden Ergebnissen: In der Altersgruppe 65 bis unter 70 Jahre waren Ende 2010 insgesamt 9,1% geringfügig entlohnt beschäftigt, 9,9% der Männer in dieser Altersgruppe und 8,3% der Frauen. In der Altersgruppe 70 bis unter 75 Jahre waren zum selben Zeitpunkt insgesamt 5,3% geringfügig entlohnt beschäftigt, 6,2% der Männer in dieser Altersgruppe und 4,6% der Frauen. Die 75-Jährigen und Älteren waren Ende 2010 insgesamt noch zu 1,4% geringfügig entlohnt beschäftigt: 2,1% der Männer und 1,1% der Frauen. Im Vergleich mit den Daten aus dem Jahr 2003 zeigt sich ein deutlicher Anstieg der geringfügigen Beschäftigung (vgl. Tabelle 73 im Anhang).

Im Kontrast zu diesen vom Statistischen Bundesamt und der Bundesagentur für Arbeit vorgelegten Zahlen über geringfügige Beschäftigung steht die Aufstellung in Tabelle 9 nach dem Mikrozensus 2009. Ihr zufolge gehen 36% der Erwerbstätigen über 65 Jahre (allerdings die Hälfte der erwerbstätigen Frauen) einer geringfügigen Beschäftigung als Haupt- oder Nebenerwerb nach; im Umkehrschluss müssten dann über 60% der Befragten einer anderen Beschäftigung als einer »geringfügig entlohten« nachgehen. Doch die in den Stichproben des Mikrozensus ermittelte Zahl von 241.900 geringfügig Beschäftigten über 65 Jahren im Jahr 2009 liegt

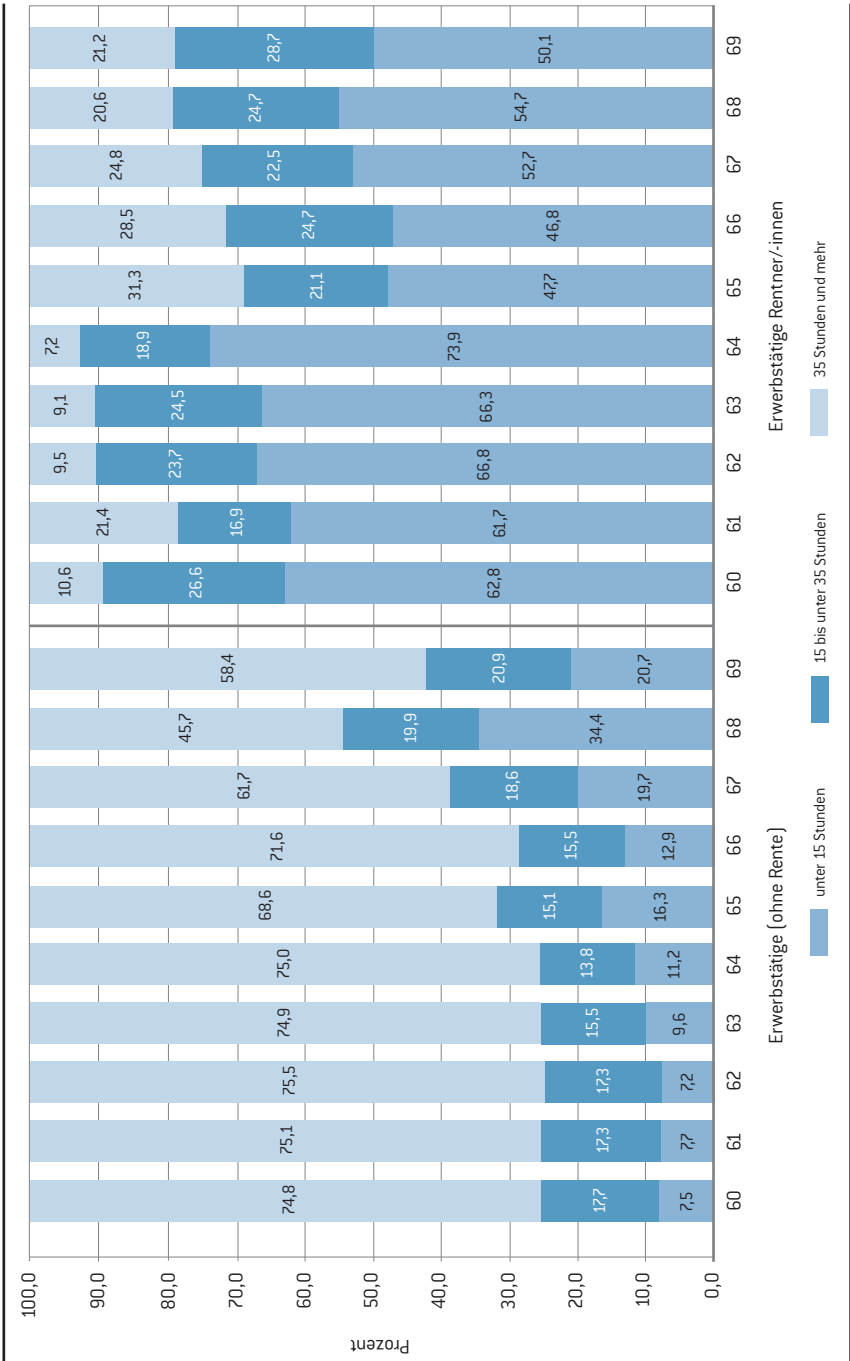


Abb. 3: Regelmäßige Wochenarbeitszeit von Erwerbstätigen im Rentenalter (60 – 69 Jahre) (Brussig 2010a, S. 12, auf Basis des Mikrozensus 2007)

Geschlecht	Erwerbstätige nach Beschäftigungsverhältnis			
	Erwerbstätige insgesamt	Nicht geringfügig beschäftigt	In geringfügiger Beschäftigung als Haupterwerbstätigkeit	In geringfügiger Beschäftigung als Nebenerwerbstätigkeit
Gesamt	669	428	203	38
Männlich	416	294	101	22
Weiblich	253	135	103	16

Tab. 9: Erwerbstätige im Alter von 65 Jahren und älter, nach geringfügiger Beschäftigung und Nebenerwerbstätigkeiten, 2009, in 1.000 (Mikrozensus 2009: Erwerbstätige nach geringfügiger Beschäftigung und Nebenerwerbstätigkeiten)

weit unter der Zahl von 776.577, die die Bundesagentur für Arbeit für Dezember 2009 angibt (Bundesagentur für Arbeit 2012). Damit stellt sich die Frage nach der Belastbarkeit der Daten bezüglich Erwerbstätigkeit auf Basis der Selbstauskunft (zur Datenqualität siehe Körner und Puch 2009 sowie Köhne-Finster und Lingnau 2008).

Nach den Erhebungen des DEAS (Deutscher Alterssurvey) ist rund jeder zehnte Rentner bzw. jede zehnte Rentnerin zwischen 60 und 69 Jahren 2008 neben dem Rentenbezug erwerbstätig. Diese Zahl halbiert sich in der Altersgruppe 70–85 Jahre. Diese Werte decken sich in etwa mit den Angaben der Bundesagentur zur geringfügigen Beschäftigung (vgl. Tabelle 10 im Anhang).

Aus Abbildung 3 auf Seite 19 lässt sich differenziert nach Altersjahren bis 69 Jahren ablesen, wie viele Wochenstunden von jenen gearbeitet werden, die trotz Erreichens des Rentenalters noch (oder

wieder) erwerbstätig sind. Die Qualität ihrer Arbeitsbedingungen wird seitens der befragten Erwerbstätigen im DEAS als sehr divers wahrgenommen. Während die meisten derer, die noch einer Erwerbsarbeit nachgehen, sich nicht über Gebühr belastet fühlen, beschreibt sich immerhin ein Viertel als »körperlich sehr oder ziemlich belastet« und weit über ein Drittel als »durch Stress ziemlich oder sehr belastet«. Ein Viertel nimmt »neue Anforderungen« als »sehr« bzw. »ziemlich belastend« wahr (Mehrfachnennungen möglich; siehe Tabelle 11 im Anhang).

Von besonderem Interesse sind die Motive für eine Erwerbstätigkeit ins Alter hinein – hier bestehen beträchtliche Forschungsdesiderate. »Spaß an der Arbeit« geben im DEAS über zwei Drittel als Grund an. Allerdings sieht sich ein Drittel durch die eigene »gegenwärtige finanzielle Situation« zur Erwerbstätigkeit veranlasst (Mehrfachnennungen sind möglich).

Alter	Gründe für eine Erwerbstätigkeit im Ruhestand			
	Gegenwärtige finanzielle Situation	Spaß an der Arbeit	Kontakt zu anderen Menschen wichtig	Ich möchte auch weiterhin eine Aufgabe haben
60–69	38,3	71,4	50,6	46,1
70–85	30,1	72,8	43,9	47,8

Tab. 12: Gründe für Erwerbstätigkeit im Ruhestand, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Gründe für Erwerbstätigkeit im Ruhestand)

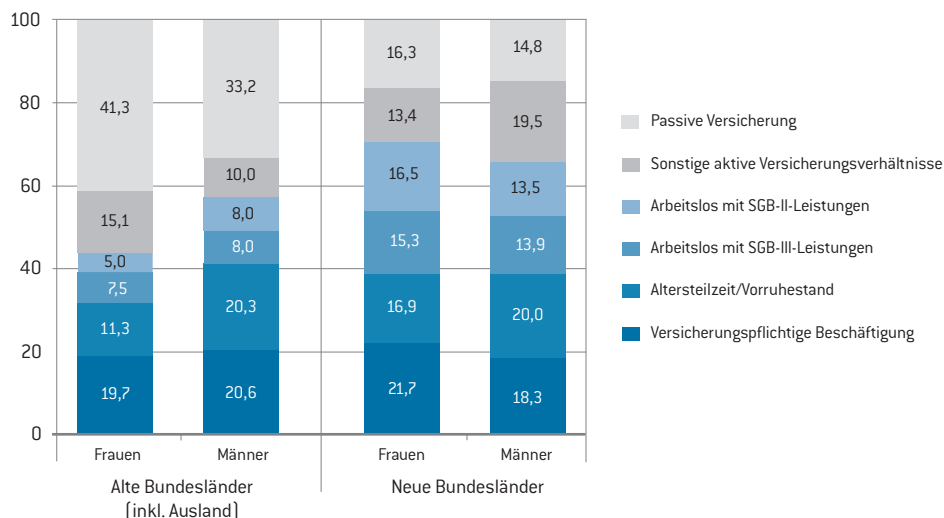


Abb. 6: Status vor dem Rentenbezug – Altersrentenzugänge 2009 (in Prozent) (Bäcker et al. 2010, S. 33)

Das Renteneintrittsalter und das Berufsaustrittsalter sind selten identisch (vgl. hierzu ausführlich BZgA 2011, S. 90 f.). Martin Brüssig (Brüssig 2010b, S. 1) gibt das durchschnittliche Erwerbsaustrittsalter, basierend auf Berechnungen von Eurostat im Jahr 2008, mit 61,7 Jahren an (Männer: 62,1; Frauen: 61,4 Jahre). Das durchschnittliche Eintrittsalter in Altersrenten lag der Statistik der Deutschen Rentenversicherung zufolge im Jahr 2008 bei 63,2 Jahren: für Männer bei 63,4 und für Frauen bei 63,0 Jahren (Deutsche Rentenversicherung Bund 2010, S. 117 f.). In den alten Bundesländern liegt es überdies ein Jahr höher als in den neuen. In Regionen mit einer Arbeitslosigkeit von unter 5 % liegt das Altersrentenzugangsalter bei 63,1 Jahren, während es in Regionen mit einer Arbeitslosigkeit von über 10 % auf 62,8 Jahre sinkt (Bundesregierung 2010, S. 34).

Die Abbildungen 4 und 5 im Anhang geben Aufschluss über die Entwicklung des Renteneintrittsalters für Altersrente und Erwerbsminderungsrente.

Abbildung 6 zeigt, aus welchen Versicherungsverhältnissen Männer und Frauen in Ost und West 2009 in den Rentenbezug wechselten. Der Anteil aktiver versicherungspflichtiger Beschäftigung ist vergleichsweise gering, Altersteilzeit und Vorruhestand sind verbreitet. Insbesondere im Osten Deutschlands sind hohe Werte von Arbeitslosigkeit vor dem Renteneintritt zu verzeichnen. Die große Zahl der »passiv Versicherten« setzt sich aus Selbstständigen, Beamten und Nichterwerbspersonen (u. a. den in Westdeutschland zahlreichen Hausfrauen) zusammen.

Im DEAS wird der Erwerbsstatus vor Bezug der Altersrente kohortenspezifisch ermittelt. Auch hier fällt die hohe Zahl derer auf, die in Ostdeutschland vor Bezug der Altersrente arbeitslos und/oder im Vorruhestand waren. Dort ist zudem unter den Frauen der Status »Hausfrau« vor Renteneintritt marginal vertreten, während die 70- bis 85-jährigen Frauen im Westen zu fast einem Drittel vor ihrem Renteneintritt Hausfrauen waren (vgl. Tabelle 13).

Region	Alter	Geschlecht	Erwerbsstatus vor Bezug der Altersrente oder Pension			
			Erwerbstätig inkl. Altersteilzeit	Arbeitslos/ Vorruhestand	Hausfrau/ Hausmann	Arbeits-/erwerbs- unfähig, sonstiges
Deutschland	60–69	Männer	65,4	21,6	0,0	13,1
Deutschland	60–69	Frauen	56,6	18,0	17,0	8,5
Deutschland	60–69	Insgesamt	61,2	19,9	8,1	10,9
Deutschland	70–85	Männer	72,5	17,6	0,1	9,8
Deutschland	70–85	Frauen	57,6	11,8	22,3	8,3
Deutschland	70–85	Insgesamt	64,4	14,5	12,2	8,9
West*	60–69	Männer	69,5	18,0	0,0	12,5
West	60–69	Frauen	59,0	11,4	22,1	7,4
West	60–69	Insgesamt	64,7	15,0	10,1	10,2
West	70–85	Männer	77,1	13,0	0,1	9,7
West	70–85	Frauen	57,2	6,9	28,1	7,8
West	70–85	Insgesamt	66,5	9,8	15,1	8,7
Ost	60–69	Männer	48,0	36,6	0,0	15,4
Ost	60–69	Frauen	48,9	38,2	1,1	11,8
Ost	60–69	Insgesamt	48,5	37,4	0,6	13,5
Ost	70–85	Männer	52,8	37,4	0,0	9,9
Ost	70–85	Frauen	59,0	28,6	2,4	10,0
Ost	70–85	Insgesamt	56,4	32,2	1,4	9,9

* »Westdeutschland« beinhaltet im DEAS und bei gerostat das ehemalige Westberlin, »Ostdeutschland« das ehemalige Gebiet von Ostberlin. Dabei wird Berlin auf Bezirksebene der vor der Bezirksreform 2001 bestehenden Ost-West-Relation entsprechend aufgeteilt.

Tab. 13: Erwerbsstatus vor Bezug der Altersrente (in Prozent) (DEAS 2008: Erwerbsstatus vor Bezug der Altersrente)

02.5 Renten und Rentenhöhe

In der Altersgruppe der 65- bis 80-Jährigen beziehen am Erhebungsstichtag 01.07.2009 in Ostdeutschland rund 1,1 Millionen Männer und 1,4 Millionen Frauen Renten; in Westdeutschland sind es rund 4,7 Millionen Männer und 5,3 Millionen Frauen – insgesamt also rund 12,5 Millionen Rentenbezieherinnen und -bezieher, das heißt der ganz überwiegende Teil der Altersgruppe (Deutsche Rentenversicherung

Bund 2010, S. 158 und 165; zum Überblick über die verschiedenen Rentenarten vgl. Brüssig 2010c). Die individuellen Rentenanwartschaften in der gesetzlichen Rentenversicherung werden durch die Löhne und Gehälter aus rentenversicherungspflichtiger Beschäftigung begründet. Für die Berechnung des Rentenanspruchs ist also 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 (zum Beispiel auch solche, die nur zu Beginn ihrer

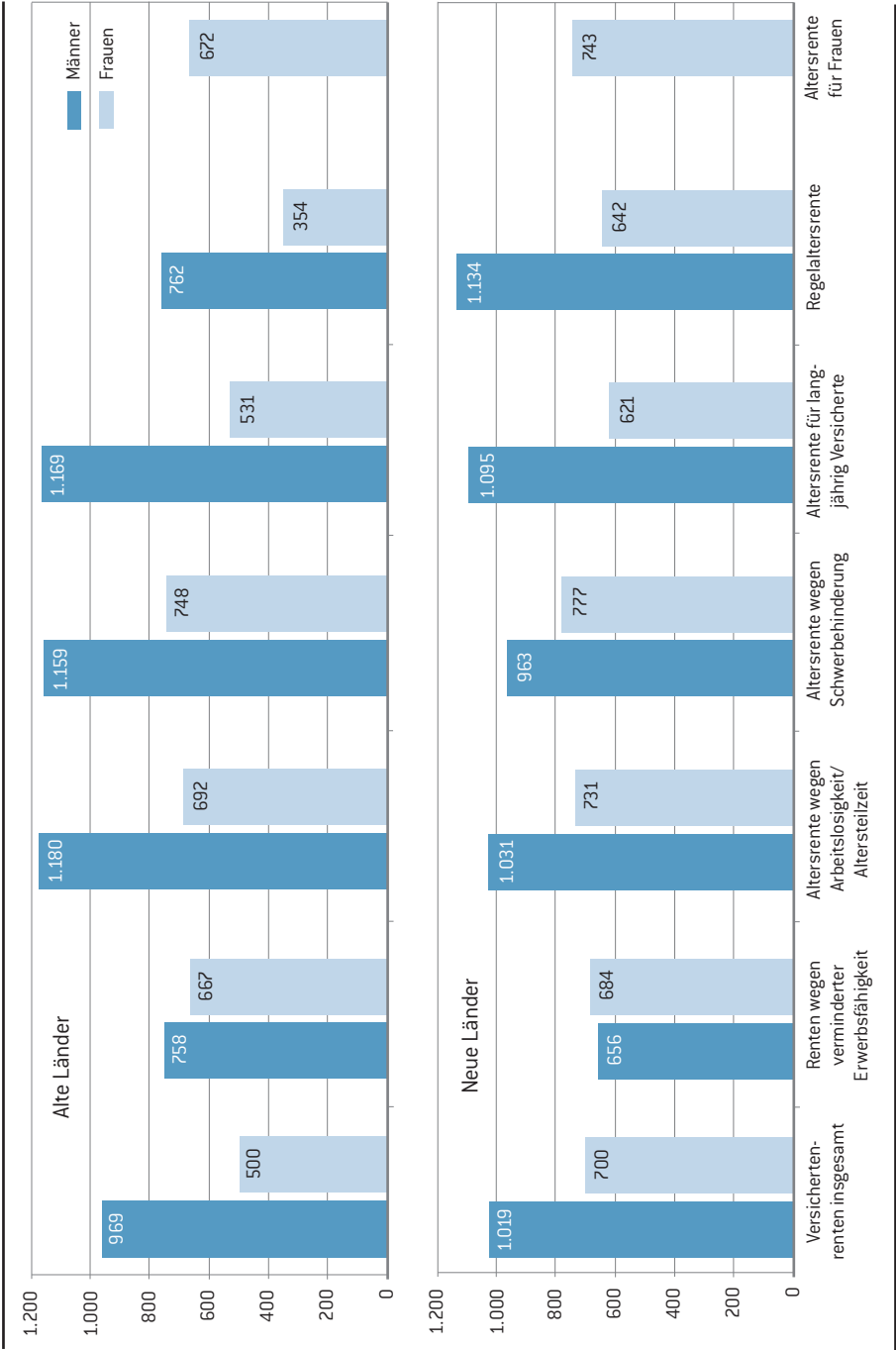


Abb. 7: Durchschnittliche Rentenhöhe nach Rentenart und Geschlecht (2009), alte und neue Bundesländer; Bruttorente in Euro am Jahresende (Quelle: Deutsche Rentenversicherung [2010]: Rentenversicherung in Zahlen, Berlin, in: www.sozialpolitik-aktuell.de)

Berufslaufbahn rentenversicherungspflichtig gearbeitet haben, um anschließend in ein Selbstständigen- oder Beamtenverhältnis zu wechseln) und/oder wenig verdient haben. Die daraus resultierende große Spreizung bei den Rentenhöhen spiegelt sich nicht in der in Abbildung 7 dargestellten Durchschnittsrente wider.

Deutlich zu erkennen sind in dieser Darstellung, trotz der Verzerrung durch die Ermittlung einer Durchschnittsrente, die Geschlechterunterschiede – Frauenerwerbsarbeit war insbesondere in der Bundesrepublik in der Kohorte der heutigen Rentnerinnen durch kürzere Beschäftigungs- und Versicherungszeiten, Teilzeitarbeit und durch schlechtere Einkommenspositionen geprägt. Die höheren Sätze der Versichertenrenten (gesamt) der Ost-Rentnerinnen und -Rentner im Vergleich zu jenen im Westen fallen auf (siehe Deutsche Rentenversicherung Bund 2010, S. 158 und 165). Die Rentenzahlbeträge der ostdeutschen Frauen liegen im Schnitt mindestens 200 Euro über denen der West-Frauen – dies ist einer die westdeutsche um rund 20 % übertreffenden Frauenerwerbsquote in der DDR ab den 1970er-Jahren (Schäffgen 1998, S. 144) und der geringeren Lohnspreizung zwischen den Geschlechtern dort geschuldet. Dementsprechend höher liegen auch Witwerrenten.

Allerdings bleibt es wichtig festzuhalten, dass weder geringe noch hohe Rentenzahlbeträge für sich betrachtet etwas über die tatsächliche Einkommenssituation der Haushalte aussagen können, da diese durch andere Einkommensquellen bestimmt sein kann. So sind zwar im Osten die Rentenzahlbeträge höher, aber die Renten sind hier, anders als im Westen, die überwiegende Quelle des Einkommens: »In Westdeutschland spielen dagegen neben Renten (Männer: 69 %; Frauen: 62 %) auch Pensionen und sonstige Einkünfte, wie zum Beispiel Kapitaleinkommen sowie für Frauen auch der Unterhalt durch den Partner (29 %) für beachtliche Anteile der Bevölkerung im Ruhestand als überwiegende Quelle des

Lebensunterhalts eine maßgebliche Rolle« (Noll und Weick 2012, S. 3). Es ist zudem ein beachtlicher Einkommensunterschied zwischen den Rentnerinnen/Rentnern und den (ausschließlich westdeutschen) Pensionärinnen/Pensionären zu verzeichnen: Die mittleren Haushaltseinkommen von Pensionärinnen und Pensionären sind Nolls und Weicks (ebd., S. 4) Auswertung der Mikrodatensätze der Einkommens- und Verbraucherstichprobe 2008 zufolge fast doppelt so hoch wie die der Rentnerinnen und Rentner.

Tatjana Mika (Mika 2006, S. 78) zeigt anhand von Daten der Deutschen Rentenversicherung (Stand 2003, kongruent mit den Ergebnissen des SOEP), dass ältere Menschen, die in Deutschland geboren sind, auf Personenebene den höchsten Rentenzahlbetrag (868 Euro) aufweisen, »während sich die Aussiedler/innen mit durchschnittlich 716 Euro in einer Mittelposition befinden und die Zuwanderer aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien mit im Durchschnitt 683 Euro den geringsten persönlichen Zahlbetrag erhalten« (ebd., S. 76). Dabei ist die gesetzliche Rente die »mit Abstand wichtigste Quelle in Migrantenhaushalten« (ebd., S. 78).

Neben den Versichertenrenten zählen auch Witwenrenten zu den zentralen Einkommensquellen

Altersgruppe/ Geschlecht	Rentner/ -innen gesamt	Durchschnittl. Rentenzahlbetrag in Euro
65–69 Jahre (m)	2.254.632	971
70–74 Jahre (m)	2.242.483	1.004
75–89 Jahre (m)	1.401.149	1.018
65–69 Jahre (w)	2.389.745	569
70–74 Jahre (w)	2.540.515	546
75–89 Jahre (w)	1.841.629	513

Tab. 14: Anzahl Rentnerinnen und Rentner in absoluten Zahlen. Durchschnittlicher Rentenzahlbetrag in Euro, Stand 01.07.2009, Gesamt-Bundesgebiet (Deutsche Rentenversicherung Bund 2010, S. 148)

älterer Frauen. Tabelle 14 gibt Aufschluss über die Anzahl der Rentnerinnen und Rentner und ihre durchschnittlichen Rentenzahlungsbeträge. Abbildung 8 im Anhang stellt den Altersaufbau der Bezieherinnen und Bezieher von Witwen- bzw. Witwerrenten dar.

Bezug von »Grundsicherung im Alter«

Nach dem 4. Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch können bedürftige Personen über 65 Jahre Sozialhilfeleistungen als »Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung« beantragen. Diese werden mit gegebenenfalls vorhandenen zu niedrigen Rentenansprüchen verrechnet. Zahlen von Ende 2010 liegen seitens des Statistischen Bundesamtes vor (Statistisches Bundesamt, 2011e; Schröder 2010). Ende 2010 erhielten demnach 412.081 Personen über 65 Jahre Grundsicherungsleistungen. Im Bundesdurchschnitt waren dies 2,04 % der Männer (147.076 von 7.201.072) und 2,75 % der Frauen (265.005 von 9.643.221) im Alter von 65 Jahren und älter. Besonders betroffen waren die Frauen im früheren Bundesgebiet (ohne Berlin). Dort erhielten 30 von 1.000 Frauen ab 65 Jahren »Grundsicherung im Alter«, verglichen mit 19 Leistungsbezieherinnen auf 1.000 Einwohnerinnen in den neuen Ländern (einschließlich Berlin). Das Flächenland Nordrhein-Westfalen fällt mit den absolut meisten Leistungsempfängerinnen und -empfängern (112.245 Personen) auf, die höchsten Quoten verzeichnen jedoch die Stadtstaaten Hamburg (5,53 %), Bremen (4,94 %) und Berlin (4,79 %).

Rund 70 % der Grundsicherungsempfängerinnen und -empfänger über 65 Jahre (283.327 Personen) weisen eine angerechnete – zu geringe – Altersrente auf (Bundesregierung 2011, Rente mit 67, S. 14). Der Bezug einer Hinterbliebenenrente wird hier nicht getrennt ausgewiesen, als Richtwert kann die Zahl von 14,1 % aus dem Jahr 2007 gelten (Bäcker und Kistler 2009, S. 17). Das heißt umgekehrt, dass etwa 20 % über kein anzurechnendes Einkommen aus Renten

verfügen, vermutlich betrifft dies »vor allem AusländerInnen und vormalige Selbstständige, die keine Rentenansprüche erworben haben bzw. erwerben konnten« (ebd.).

» 02.6 Vermögen, Einkommen, Armut

Übergreifend betrachtet ist die Altersgruppe der aktuell 65- bis 80-Jährigen materiell gut abgesichert: Sie sind weniger von Armut betroffen als der Bundesdurchschnitt und auch weniger, als für kommende Generationen im Alter prognostiziert werden muss. Wir haben gesehen, dass viele ältere Menschen stabile Renten beziehen. Doch wer abgesichert auf das Altern blicken kann – und wer nicht –, ist durch den in dieser Hinsicht erfolgreichen Verlauf der (Erwerbs-)Biografie bestimmt. Diese ist u. a. durch soziale Ungleichheitsverhältnisse konturiert: Zwischen den alten und den neuen Bundesländern, zwischen den Geschlechtern und den Bildungs-/Qualifikationsgruppen, zwischen Älteren mit und ohne Migrationserfahrung lassen sich deutliche Differenzen bezüglich des Einkommens, der Vermögensverteilung und des Armutsrisikos ausmachen.

Vermögenswerte

Die Einkommen der Älteren speisen sich aus vielfältigen Quellen, denen sich der vorangegangene Abschnitt zu Fragen der Erwerbstätigkeit und des Rentenbezugs detaillierter gewidmet hat. Im Folgenden stellen wir die Verbreitung und den Umfang des Geldvermögensbesitzes vor (vgl. Tabelle 15). Der DEAS untersucht diesen für die Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen und die jüngere Altersgruppe der

55- bis 69-Jährigen (deren Angaben finden sich in den Klammern): Im Jahr 2008 haben 23 % (17,4 %) kein Vermögen und 68,6 % (70 %) ein Vermögen unter 100.000 Euro. 8,5 % (12,6 %) besitzen 100.000 Euro und mehr (Motel-Klingebiel, Wurm und Tesch-Römer 2010, Tabellenanhang A 3-5).

Interessant ist, dass beim Indikator »kein Geldvermögen« in der betrachteten älteren Kohorte – anders als in der jüngeren – keine signifikanten Ost-West-Differenzen zu verzeichnen sind: Während die 55- bis 69-Jährigen aus dem Osten häufiger als jene aus dem Westen kein Vermögen besitzen und sie dabei um 8 Prozentpunkte überholen, sind in der älteren Kohorte ohne Vermögen die Unterschiede fast nivelliert: 22,4 % im Westen und 25,3 % im Osten besitzen kein Geldvermögen. Frauen finden sich häufiger in dieser Rubrik, wobei der Unterschied zwischen Frauen und Männern im Osten geringer ausfällt. Übergreifend betrachtet hat, je nach Kohorte und Region, ein Drittel bis die Hälfte der älteren

Frauen nur eine Vermögensreserve von unter 5.000 Euro zur Verfügung. Ihnen wird es in vielen Fällen nicht möglich sein, auf unvorhergesehene Kosten (zum Beispiel bei Hilfebedürftigkeit) zu reagieren. Vermögen über 100.000 Euro besitzt in den neuen Bundesländern kaum jemand: 0 % der Frauen und 3,5 % der Männer. Im Westen hingegen gehören immerhin 13 % der Männer und 8 % der Frauen zu den Vermögenden über der 100.000-Euro-Grenze.

Insgesamt 58,5 % der Älteren in der Gruppe 70 bis 85 Jahre (bzw. 69,2 % der 55- bis 69-Jährigen) im Bundesgebiet besitzen im Jahr 2008 Vermögen in Form einer Immobilie – am häufigsten westdeutsche Männer mit 65,2 % (bzw. 77,4 %) Immobilienbesitz, gefolgt von westdeutschen Frauen mit 60,7 % (bzw. 68,5 %). In Ostdeutschland besitzt nur weniger als die Hälfte der Männer (43,8 %) und Frauen (39,2 %) in der Gruppe 70–85 Jahre eine Immobilie (Motel-Klingebiel, Wurm und Tesch-Römer 2010, Tabellenanhang A 3-6).

Region	Alter	Geschlecht	Höhe des Geldvermögens in Euro				
			0	< 5.000	5.000– 25.000	25.000 – 100.000	> 100.000
Deutschland	55–69	Männer	14,2	12,5	24,2	34,2	14,9
Deutschland	55–69	Frauen	21,5	14,6	26,1	28,1	9,8
Deutschland	55–69	Insgesamt	17,9	13,5	25,1	31,2	12,3
Deutschland	70–85	Männer	17,8	11,2	31,6	28,4	11,0
Deutschland	70–85	Frauen	27,4	15,7	28,0	22,3	6,6
Deutschland	70–85	Insgesamt	23,2	13,7	29,5	25,0	8,5
West	55–69	Männer	12,6	10,6	23,2	36,4	17,3
West	55–69	Frauen	20,2	14,2	24,4	29,5	11,8
West	70–85	Männer	16,9	11,0	30,7	28,7	12,8
West	70–85	Frauen	27,3	13,8	26,3	24,3	8,2
Ost	55–69	Männer	21,2	20,4	28,5	25,4	4,6
Ost	55–69	Frauen	26,8	16,1	33,1	22,4	1,6
Ost	70–85	Männer	21,8	12,1	35,4	27,2	3,5
Ost	70–85	Frauen	27,8	23,2	34,5	14,4	0,0

 Tab. 15: Verbreitung und Höhe des Geldvermögens, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Verbreitung und Höhe des Geldvermögens)

Das Vermögen ist sozial ungleich verteilt, und diese Ungleichheit wird durch Erbschaften fortgeschrieben: Wer einen niedrigen Bildungsstand aufweist bzw. im untersten Quartil der im DEAS definierten Einkommensgruppen positioniert ist, erbt nur halb so oft wie Hochgebildete und Besserverdiener (Motel-Klingebiel, Simonson und Romeu Gordo 2010, S. 75 f.). 2008 haben 62 % der 70- bis 85-Jährigen (65 % in der jüngeren Kohorte) geerbt, während noch 3 % (15 % in der jüngeren Kohorte) eine Erbschaft erwarten (ebd.). Die Erhebungen zeigen zudem, dass Westdeutsche öfter als Ostdeutsche und vor allem deutlich größere Werte erben – Werte von bzw. über 12.500 Euro wurden im Westen von 35,6 % der Älteren, im Osten dagegen nur von halb so vielen (17,2 %) geerbt. Da diese Differenzen im Zeitverlauf stabil bleiben, sprechen Motel-Klingebiel, Simonson und Romeu Gordo (ebd., S. 76) von einer »fortlaufenden Stärkung absoluter sozialer Ungleichheiten innerhalb der Erbgenerationen durch Erbschaften.« Der Blick auf die Verschuldungssituation zeigt, dass die über 70-Jährigen selten verschuldet sind, während in Ost wie West etwa jeder zehnte Mann im Alter zwischen 55 und 69 Jahren Schulden in Höhe von über 5.000 Euro hat (siehe Tabelle 16 im Anhang).

Haushaltseinkommen

Das durchschnittliche Haushaltsnettoeinkommen deutscher Haushalte wird auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe privater Haushalte des Jahres 2009 auf 2.873 Euro im Monat beziffert. Die 65- bis 70-Jährigen (nach dem Alter des Haupteinkommensbeziehers) erzielen – hier ungeachtet der diversen Quellen dieses Einkommens – ein Durchschnittshaushaltseinkommen von 2.497 Euro,

die 70- bis 80-Jährigen eines von 2.372 Euro (Statistisches Bundesamt 2011c, S. 549). Haushalte von älteren Menschen mit Migrationshintergrund sind dabei im niedrigen Einkommensbereich bis 1.300 Euro deutlich über- und in höheren Einkommenspositionen unterrepräsentiert (Menning und Hoffmann 2009, S. 19 f.).

Werden bei der Berechnung unterschiedliche Haushaltsgrößen berücksichtigt, so ist vom mittleren monatlichen Äquivalenzeinkommen⁷ die Rede. Das mittlere monatliche Äquivalenzeinkommen der 40- bis 85-Jährigen beläuft sich nach Berechnung des DEAS im Jahr 2008 auf 1.694 Euro (Motel-Klingebiel, Simonson und Romeu Gordo 2010, S. 69 f.; Motel-Klingebiel et al. 2010, Tabellenanhang A 3-1). Die Altersgruppe der Personen zwischen 55 und 69 Jahre schneidet hier mit einem Wert von 1.796 Euro besser ab als die jüngeren und älteren Kohorten. Die 70- bis 85-Jährigen haben dann nur noch ein Einkommen in Höhe von 1.518 Euro. Jedoch zeigen sich erhebliche soziale Differenzierungen zwischen Geschlechtern, Bildungsschichten und zwischen Ost und West. Während sich der Unterschied zwischen westdeutschen Männern (1.725 Euro) und Frauen (1.525 Euro) auf 200 Euro beziffern lässt, ist er zwischen den Geschlechtern in den neuen Bundesländern mit 100 Euro nur halb so groß.

Eklatant sind die Ost-West-Unterschiede: Ostdeutsche Ältere verfügen im Durchschnitt nur über 70 % des Einkommens der westdeutschen Älteren. Ein Mann über 65 Jahre in Ostdeutschland hat nach dieser Rechnung monatlich etwa 500 Euro weniger zur Verfügung als sein Altersgenosse aus dem Westen. Zudem betonen Motel-Klingebiel, Simonson und Romeu Gordo (ebd., S. 69 f.) den Einkommensabstand

⁷ Hierbei wird in Rechnung gestellt, 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.

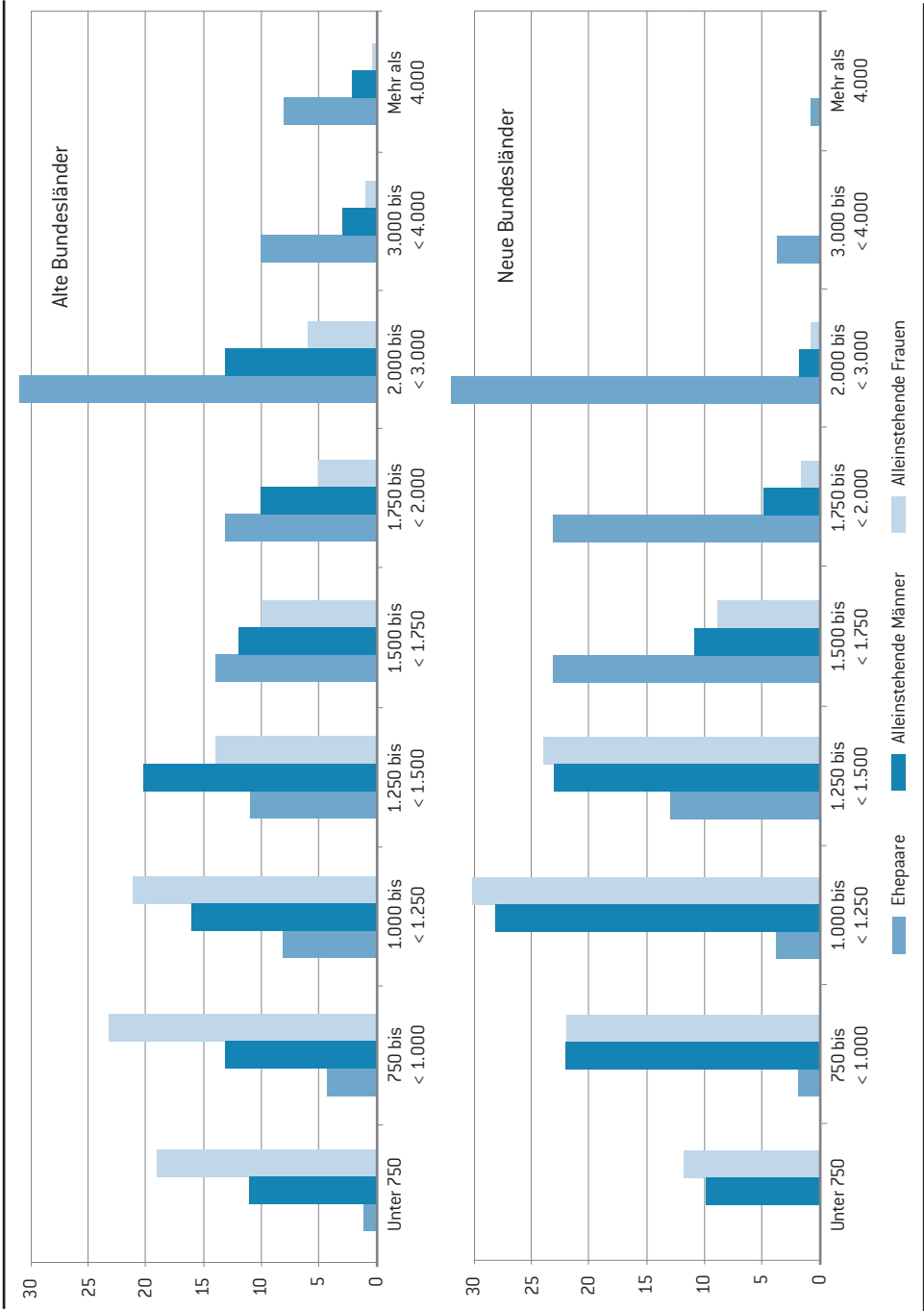


 Abb. 9: Einkommensschichtung (Euro im Monat) im Alter (ab 65-Jährige) [Bäcker und Kistler 2009, 2. Bericht, S. 19]

zwischen Hoch- und Niedrigqualifizierten. Abbildung 9 zeigt, inwieweit ältere alleinstehende Frauen und Männer besonders stark in niedrigen Einkommenspositionen repräsentiert sind.

In der Auswertung des Mikrozensus zu Haushaltsnettoeinkommen und Haushaltsgrößen lassen sich Rentnerhaushalte beschreiben (Haupteinkommensperson: Rentnerin oder Rentner, die bzw. der den überwiegenden Lebensunterhalt durch Rente bestreitet), die sich in den unteren Einkommenspositionen befinden. Deutschlandweit hat im Schnitt gut jeder zehnte Rentnerhaushalt (errechnet für die Altersgruppen 65–70, 70–75 und 75–80 Jahre) in den jeweiligen Altersgruppen nur bis zu 900 Euro Haushaltsnettoeinkommen im Monat zu Verfügung. Rentnerinnen und Rentner in Einpersonenhaushalten tragen ein höheres Risiko, ein niedriges Einkommen aufzuweisen. Hauptbetroffene von niedrigem Einkommen sind Rentnerinnen und Rentner zwischen 65 und 70 Jahren, die in den neuen Bundesländern in Einpersonenhaushalten leben: 31 % von ihnen müssen mit höchstens 900 Euro auskommen. In den alten Bundesländern sind es 23 % (vgl. Tabelle 74 im Anhang).

Armut

Für die Definition und Messung von Armut existieren zahlreiche divergierende Ansätze und Messgrößen. Seit 2001 hat sich EU-weit zur Definition der sogenannten »relativen Armut« der Median des Nettoäquivalenzeinkommens durchgesetzt. Der Median ist resistent gegen »Ausreißer« und markiert den Einkommenswert derjenigen Personen, 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 (zum Beispiel im DEAS) bzw. »armutsgefährdet« (zum Beispiel im Mikrozensus) ist demnach, wer weniger als 60 % des gesellschaftlichen Medianeinkommens zur Verfügung hat. Sowohl der DEAS mit Werten aus dem Jahr 2008 auf Basis des SOEP als auch die Berechnungen des Statistischen Bundesamtes auf Basis des Mikrozensus 2010 untersuchen in diesem Sinne Armutsbetroffenheit bzw. -gefährdung. Letztere geben detailliertere und aktuellere Informationen, allerdings liegen sie öffentlich augenblicklich nur pauschal für die Altersgruppe 65+ vor. Weil mit dem DEAS eine Aufschlüsselung nach Kohorten sowie ein Ost-West-Vergleich möglich ist, beginnen wir mit der Vorstellung seiner – etwas älteren, jedoch wenig abweichenden – Ergebnisse.

Als arm gilt im DEAS, wer auf Basis der SOEP-Daten weniger als 60 % des gesellschaftlichen Medianeinkommens zur Verfügung hat. 2008 liegt die hier zugrunde gelegte Armutsgrenze bei 772 Euro.⁸ Im Jahr 2008 sind 11,7 % der 70- bis 85-Jährigen von relativer Einkommensarmut betroffen – in den alten Bundesländern 10,1 % der 70- bis 85-jährigen Männer und 13,1 % der Frauen, in den neuen Bundesländern 7,2 % der Männer und 13,6 % der Frauen (Motel-Klingebiel, Wurm und Tesch-Römer 2010, Tabellenanhang A 3-3). Anders als hinsichtlich einiger anderer Indikatoren bezüglich der Einkommens- und Vermögensverhältnisse lassen sich hier nur wenige große Ausschläge aufgrund von Geschlechter- und Ost-West-Unterschieden ausmachen. Bemerkenswert ist, dass aktuell in dieser Altersgruppe ostdeutsche

⁸ Die Armutsgrenze auf SOEP-Basis differiert von der im Mikrozensus ermittelten. Im Mikrozensus gelten bei einem Median des Äquivalenzeinkommens von 1.470 Euro jene als armutsgefährdet, deren Äquivalenzeinkommen unter 882 Euro liegt (Statistisches Bundesamt 2011a, S. 339).

Männer am wenigsten von Armut betroffen sind, auch wenn sie im Schnitt ein signifikant geringeres Einkommen aufweisen als die westdeutschen Altersgenossen. Während sie in meist langen unterbrechungsarmen DDR-Erwerbsbiografien stabile Rentenanwartschaften erworben haben, lässt sich das im Westen erhöhte Armutsrisiko durch »Ausreißer nach unten«, u. a. aufgrund von Beschäftigungsverhältnissen im Niedriglohnbereich, erklären.

Die Frauenerwerbsquote in der DDR lag ab den 1970er-Jahren um rund 20 % über der bundesrepublikanischen Quote, und die Einkommensungleichheit zwischen Männern und Frauen war weniger drastisch ausgeprägt als in der BRD (Schäffgen 1998, S. 144). Daher liegt die durchschnittliche Höhe der Rentenzahlbeträge der ostdeutschen Frauen auch signifikant über denen der Altersgenossinnen im Westen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2010, S. 158 und 165). Trotzdem fallen Frauen im Alter von 70 bis 85 Jahren in Ost wie West gleichermaßen oft – zu 13 %, siehe oben – unter die Armutsschwelle. Der Grund besteht darin, dass westdeutsche Frauen häufig auf höhere Witwenrenten oder andere Einkünfte zur Kompensation niedriger Renten zurückgreifen können. Allerdings finden sich westdeutsche

Frauen auch am häufigsten unter den Bezieherinnen von Sozialhilfeleistung für über 65-Jährige (»Grund-sicherung im Alter«).

In der jüngeren Kohorte der 55- bis 69-Jährigen verschiebt sich das Verhältnis zwischen Ost und West: In der hohen Quote von Einkommensarmut der ostdeutschen Älteren in dieser Kohorte – 20,1 % der Männer, 17,8 % der Frauen – spiegeln sich die Deklassierungserfahrungen nach 1989 wider. Westdeutsche Männer und Frauen hingegen sind in dieser jüngeren Kohorte weniger – um etwa 4 Prozentpunkte – von Armut betroffen als in der zuvor beschriebenen älteren.

Ebenfalls auf Basis von SOEP-Daten lässt sich die Armutsgefährdung (weniger als 60 % des gesellschaftlichen Medianeinkommens, das heißt weniger als 772 Euro) zu Reichtum (mehr als 20 % des arithmetischen Mittels, das heißt 2.922 Euro und mehr) ins Verhältnis setzen. Aus Tabelle 17 lässt sich ablesen, dass die Schere zwischen Ost und West in der jüngeren Kohorte (55–69 Jahre) weiter geöffnet ist als in der älteren. Demnach gilt ein Fünftel der zum Erhebungszeitpunkt 2008 55- bis 69-Jährigen – jene sind also 2012 59 bis 73 Jahre alt – in Ostdeutschland als arm bzw. armutsgefährdet und

	West			Ost			Bundesgebiet		
	m	w	Gesamt	m	w	Gesamt	m	w	Gesamt
55–69 Jahre									
Arm	6,1	8,8	7,4	20,1	17,8	18,9	9,0	10,8	9,9
Reich	13,6	11,6	12,6	2,7	3,4	3,1	11,4	9,8	10,6
70–85 Jahre									
Arm	10,1	13,1	11,8	7,2	13,6	11,0	9,5	13,2	11,7
Reich	10,1	5,9	7,8	0,6	0,0	0,3	8,2	4,6	6,2

Tab. 17: Verteilung von Armut (weniger als 60 % des gesellschaftlichen Medianeinkommens, das heißt weniger als 772 Euro) und Reichtum (mehr als 20 % des arithmetischen Mittels, das heißt 2.922 Euro und mehr) in Prozent (Motel-Klingebiel, Wurm und Tesch-Römer 2010, Tabellenanhang A 3-3, A 3-4, Daten auf SOEP-Basis, eigene Darstellung)

besitzt keine Vermögenswerte, um privat für den Ruhestand vorsorgen zu können. Hier liegt eine große Herausforderung, wenn die Verfestigung von Altersarmut verhindert werden soll. Gleichzeitig ist bei der jüngeren im Vergleich zur älteren Gruppe bundesweit eine Zunahme der Reichen zu verzeichnen – insbesondere Frauen ziehen bundesweit nach.

Wie bereits erwähnt, wird in den Erhebungen des Mikrozensus ein anderer Median ermittelt als auf Basis der SOEP-Daten. Hier gelten dann bei einem Median des Äquivalenzeinkommens von 1.470 Euro jene als armutsgefährdet, deren Äquivalenzeinkommen unter 882 Euro liegt (Statistisches Bundesamt 2010a, S. 393). Mit der Aufschlüsselung der Armutsgefährdung nach sozialen Gruppen auf Basis des Mikrozensus lässt sich nochmals deutlich herausstellen, dass über 65-Jährige mit Migrationshintergrund mit knapp 30 % überproportional häufig von Armut bedroht sind – auch ihre Renten sind oftmals so niedrig (und werden nicht durch andere Einkünfte kompensiert), dass sie unter die Armutsgrenze fallen (vgl. Anhang Tabellen 75 und 76). (Spät-)Aussiedlerinnen und -Aussiedler (Deutsche) sind mit einem Anteil von rund 20 % Armutsgefährdeten besser gestellt, teilen aber trotz ihrer Integration ins deutsche sozialpolitische System ein erhöhtes Armutsrisiko. Doch auch von über 65-jährigen Rentnerinnen und Rentnern ohne Migrationshintergrund (Rentenbezug als Hauptquelle des Lebensunterhalts) fällt mit über 10 % ein doch beachtlicher Anteil unter die Armutsgrenze. Dabei tragen insbesondere allein lebende Rentnerinnen und Rentner ein erhöhtes Armutsrisiko.

» 02.7 Subjektive Wahrnehmung der materiellen Lebenssituation

Der DEAS betrachtet auch die subjektive Wahrnehmung der materiellen Lebenssituation (Motel-Klingebiel, Wurm und Tesch-Römer 2010, Tabellenanhang A 3-13). Der überwiegende Teil der Älteren zwischen 70 und 85 Jahren ist mit dieser zufrieden: 63,3 % bewerten den eigenen Lebensstandard als »gut« oder »sehr gut«. Nur rund 5 % beschreiben ihn als »schlecht« bzw. »sehr schlecht« – am seltensten die ostdeutschen Männer (1,4 %), gefolgt von den westdeutschen Männern (4,4 %) und den Frauen in West wie Ost (6 %) (vgl. Tabelle 18 im Anhang).

In der jüngeren Kohorte beginnt sich ein signifikanter Ost-West-Unterschied zu zeigen, der bei den Jüngeren (40–54 Jahre) noch gravierender hervortritt: In der Kohorte 55–69 Jahre bewerten circa 10 % der Frauen und Männer aus den neuen Bundesländern ihren Lebensstandard als »schlecht« oder »sehr schlecht«. Auffällig ist, dass – womöglich vor dem Hintergrund von Preissteigerungen und Krisenangst – in den neuen Bundesländern von der Hälfte der 70- bis 85-Jährigen ein zukünftiges Absinken des Lebensstandards erwartet wird (ebd., A 3-14).

Auf die Frage »Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?« antworten die 70- bis 85-Jährigen im gesamten Bundesgebiet zu 8,3 % »überhaupt nicht/eher nicht«, zu 34,9 % »halbwegs« und zu 56,8 % »überwiegend/völlig«. Frauen bewerten ihre Situation dabei durchweg etwas schlechter als Männer. In den neuen Bundesländern sind in der jüngeren Kohorte (55–69 Jahre) insbesondere die Männer unzufrieden mit ihrer finanziellen Situation: 23,3 % von ihnen (und 16,5 %

der Frauen) antworten hier, sie kämen mit ihren Mitteln »überhaupt nicht/eher nicht« zurecht. Das sind jeweils mehr als doppelt so viele wie in den alten Bundesländern (Motel-Klingebiel, Wurm und Tesch-Römer 2010, Tabellenanhang A 3-15).

02.8 Fazit

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die Vielfalt der Lebenslagen, in denen heute die rund 12,7 Millionen Menschen zwischen 65 und 80 Jahren ihr Altern erleben. Frau oder Mann, in Deutschland, der ehemaligen Sowjetunion oder der Türkei geboren, hoch oder niedrig qualifiziert, mit einer Erwerbslaufbahn in der DDR oder der Bundesrepublik, mit Vermögen in der eigenen Immobilie oder im Einpersonenhaushalt ohne Rücklagen, mit ausreichender Altersrente oder Pension, ab 63 im Ruhestand oder mit 69 als Mini-Jobber aktiv – mit diesen Stichworten ist bereits umrissen, dass die Umstände, Bedingungen und die Wahrnehmungen des Älterwerdens in jener langen Altersspanne 65–80 Jahre durch Ungleichheiten bestimmt sind. Gerade weil der »Schnitt« der Daten dazu verführt, einen materiell gut abgesicherten und mit seiner Situation zufriedenen »Durchschnitts-Älteren« ableiten zu wollen, bleibt es zentral, die Ungleichheitslagen und Vulnerabilitätsrisiken ins Auge zu fassen. Wichtige diesbezügliche Befunde führen wir nun noch einmal zusammen.

Rund 1,4 Millionen Ältere mit Migrationshintergrund stellen 9% an der Altersgruppe der 65- bis 85-Jährigen. In Agglomerationsräumen machen sie bereits einen beträchtlichen Anteil an dieser Altersgruppe aus – Tendenz steigend. Dementsprechend

(regional unterschiedlich) groß ist der Bedarf an einer breit gefächerten Palette sozialer Angebote, die diese Gruppe unter Beachtung der jeweiligen Migrations- und Erwerbsbiografien in die Hochaltrigkeit begleiten. Zusätzlich gilt es zu berücksichtigen, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund mit knapp 30% überproportional häufig von Armut betroffen sind.

Als arm gilt, wer weniger als 60% des gesellschaftlichen Medianeinkommens zur Verfügung hat. In der Ermittlung des DEAS 2008 ist mehr als jede bzw. jeder Zehnte der 70- bis 85-Jährigen in diesem Sinne von Armut betroffen. Bemerkenswert ist, dass in dieser Altersgruppe ostdeutsche Männer als am wenigsten armutsgefährdet gelten können, auch wenn sie im Schnitt ein signifikant geringeres Einkommen haben als ihre westdeutschen Altersgenossen. Frauen im Alter von 70 bis 85 Jahren fallen laut DEAS in Ost wie West gleichermaßen oft – zu etwa 13% – unter die Armutsschwelle. In der folgenden Kohorte der 55- bis 69-Jährigen verschiebt sich das Verhältnis zwischen Ost und West: In der enormen Armutsquote der ostdeutscher Älteren in dieser Kohorte – 20,1% der Männer, 17,8% der Frauen – spiegeln sich die Deklassierungserfahrungen nach 1989 wider. Hier liegt eine große Herausforderung, wenn die Verfestigung von Altersarmut verhindert werden soll. Im Hinblick auf die Einkommenspositionen zeigt sich, dass die Hauptbetroffenen von niedrigem Einkommen aktuell jene Rentnerinnen und Rentner zwischen 65 und 70 Jahren sind, die in den neuen Bundesländern in Einpersonenhaushalten leben: Ein Drittel von ihnen muss mit höchstens 900 Euro auskommen.

Etwa ein Fünftel der Älteren besitzt keinerlei Vermögen. Je nach Kohorte und Region hat ein Drittel bis die Hälfte der älteren Frauen nur eine Vermögensreserve von unter 5.000 Euro zur Verfügung – ihnen wird es in vielen Fällen nicht möglich sein, auf unvorhergesehene Kosten (zum Beispiel auf die Notwendigkeit einer Wohnraumanpassung) zu reagieren.

Weder geringe noch hohe Rentenzahlungsbeträge können für sich betrachtet etwas über die tatsächliche Einkommenssituation der Haushalte aussagen, da jene durch andere Einkommensquellen bestimmt sein kann. So sind zwar im Osten die Rentenzahlungsbeträge durchschnittlich höher, aber die Renten stellen hier, anders als im Westen, die überwiegende Quelle des Einkommens dar. In Westdeutschland gehören auch Pensionen, Einkünfte aus Vermögen oder Unterhaltszahlungen seitens des Partners zu wichtigen Einkommensquellen.

Im Alter zwischen 65 und 69 Jahren werden noch 8–10 % des durchschnittlichen Haushaltsnettoeinkommens durch Einkünfte aus Erwerbstätigkeit erwirtschaftet. 2009 werden im Mikrozensus 666.000 über 65-jährige Personen – immerhin 6 % der 65- bis 74-Jährigen und 1 % der Menschen ab 75 Jahren – als erwerbstätig nach dem ILO-Konzept gezählt. Die Zahlen der Bundesagentur für Arbeit legen hingegen nahe, ein weit regeres Beschäftigungsgeschehen im Alter anzunehmen: Sie registriert im Juni 2011 allein über 700.000 geringfügig entlohnte Beschäftigte im Alter von 65 Jahren und älter. Dem DEAS 2008 zufolge ist rund jeder zehnte Rentner bzw. jede zehnte Rentnerin zwischen 60 und 69 Jahren neben dem Rentenbezug erwerbstätig. Motivation ist häufig »Spaß an der Arbeit«, ein Drittel gibt jedoch an, (auch) aus finanziellen Gründen zur Erwerbsarbeit veranlasst zu sein. Insgesamt ist die Datenlage zu diesen wichtigen Fragestellungen schwierig bzw. widersprüchlich.

Der überwiegende Teil der Älteren zwischen 70 und 85 Jahren ist mit dem eigenen Lebensstandard zufrieden. In der Kohorte der 55- bis 69-Jährigen beginnt sich ein signifikanter Ost-West-Unterschied zu zeigen, der bei den Jüngeren noch gravierender hervortritt: In der Kohorte 55–69 Jahre bewerten rund 10 % der Frauen und Männer aus den neuen Bundesländern ihren Lebensstandard als »schlecht« oder »sehr schlecht«. Diesen Befund gilt es mit den

Hinweisen auf ein hohes Risiko von sozialer Desintegration, von Einsamkeit und Unzufriedenheit in Verbindung zu setzen, der sich im folgenden Kapitel zeigt.

03

» Soziale Beziehungen

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 was über Beziehungen außerhalb der Familienstrukturen? Wem fühlen sich Frauen und Männer emotional verbunden und von wem werden sie unterstützt, beraten oder getröstet?

» 03.1 Lebensformen und Haushalte

Im DEAS wird erhoben, wie viele der Älteren in Partnerschaften leben. Mehr als die Hälfte der 70- bis 85-Jährigen und zwei Drittel der 55- bis 69-Jährigen leben demzufolge 2008 mit einem Ehepartner zusammen in einem Haushalt (siehe Tabelle 19 im Anhang).

Tabelle 20 gibt detailliert Auskunft über den Familienstand der Älteren: Hier bestätigt sich, dass die Ehe in dieser Altersgruppe die zentrale Lebensform darstellt. Die Älteren der hier betrachteten Altersspanne, vor allem die Frauen, erleben zunehmend Verwitwung. Bei den Jüngeren ist dagegen die Rate der Geschiedenen etwas höher.

Alter	Ledig		Verheiratet		Verwitwet		Geschieden	
	m	w	m	w	m	w	m	w
65–69	7,0	4,6	78,0	65,3	5,7	19,5	9,3	10,5
70–74	5,7	4,9	78,7	56,5	8,9	30,6	6,6	8,1
75–79	4,7	5,8	75,7	42,0	14,8	46,0	4,8	6,2

Tab. 20: Bevölkerung am 31.12.2009 nach Alter und Familienstand (in Prozent) (Statistisches Bundesamt 2011c, S. 43)

Verwitwung

Wir haben es hier mit jener Lebensphase zu tun, die für viele Ältere mit der Erfahrung des Todes des Partners, seltener der Partnerin, einhergeht. Deutlich wird, dass Verwitwung ein weibliches Phänomen ist: Männer unter 75 Jahre verwitwen nur sehr selten (Statistisches Bundesamt 2011c, S. 43). In der Altersgruppe 70–74 Jahre ist dagegen ein Drittel und in der Altersgruppe 75–79 Jahre schon fast die Hälfte der Frauen verwitwet (siehe auch Tabelle 21 im Anhang). Dies ist einerseits bedingt durch die höhere Lebenserwartung der Frauen, aber auch durch den Umstand, dass 77 % der verheirateten Männer über 65 Jahre im Jahr 2009 eine jüngere Partnerin hatten (Statistisches Bundesamt 2011b, S. 18, siehe Abbildung 10 im Anhang).

Geschiedene/Getrennte machen 2008 dem DEAS zufolge in der Gruppe der 70- bis 85-Jährigen 6 % (10 % in der Kohorte 55–69) und Ledige 4 % (5 % in

der Kohorte 55–69) aus. Der Anteil an Paaren in nicht-ehelichen Haushaltsgemeinschaften oder ohne gemeinsamen Haushalt ist in dieser Altersgruppe sehr gering (Engstler und Tesch-Römer 2010, S. 169 f.).

Haushalte

Die gesamte Altersgruppe 65–80 Jahre – nach dem Alter des jeweiligen Haupteinkommensbeziehers bzw. der Haupteinkommensbezieherin – stellt 2009 zusammengekommen 8.334.000 Haushalte: Die 65- bis 69-Jährigen leben in 2.868.000 Haushalten, die 70- bis 74-Jährigen in 3.198.000 und die 75- bis 79-Jährigen in 2.268.000 Haushalten (vgl. Tabelle 22).

Einpersonenhaushalte

Einpersonenhaushalte stellen in den Kohorten der 65- bis 69- sowie 70- bis 74-Jährigen etwa ein Drittel an allen Haushalten, während sie bei den

Alter/Haupteinkommensbezieher/-in	Anzahl Haushalte gesamt	Davon: Einpersonenhaushalte	Davon: Mehrpersonenhaushalte				Ø
			Haushalte gesamt	Haushaltsmitglieder je Haushalt			
				2	3	4+	
65–69	2.868	1.066	1.802	1.634	134	33	1,70
70–74	3.198	1.317	1.880	1.774	88	18	1,63
75–79	2.268	1.136	1.131	1.083	41	7	1,53
65–79 gesamt	8.334	3.519	4.813	4.491	263	58	1,62

Tab. 22: Haushaltsgrößen nach Alter des/der Haupteinkommensbeziehers/-in, in 1.000 (Statistisches Bundesamt 2011f, S. 26)

Alter	Geschlecht	Sehr gut	Gut	Mittel	Schlecht	Sehr schlecht
55–69	Männer	9,0	51,9	27,3	8,5	3,3
55–69	Frauen	15,3	45,7	25,8	10,6	2,6
55–69	Insgesamt	13,0	48,0	26,4	9,8	2,9
70–85	Männer	3,6	37,9	35,0	18,5	5,2
70–85	Frauen	8,3	38,1	35,1	15,1	3,4
70–85	Insgesamt	7,4	38,1	35,1	15,7	3,7

Tab. 23: Bewertung der Lebenssituation ohne Partner (durch Partnerlose), 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Bewertung der Lebenssituation ohne Partner)

75- bis 79-Jährigen bereits die Hälfte ausmachen. Hier leben vorrangig die verwitweten Älteren, deren Anteil (siehe Abbildung 11 im Anhang) mit zunehmendem Alter wächst. Über 80 % von ihnen sind Frauen. Als Alleinlebende (das heißt in einem Einpersonenhaushalt lebend⁹) werden in der Altersgruppe 65 bis 85 Jahre insgesamt 4.537.000 Menschen gezählt – damit stellen sie fast ein Drittel an allen Alleinlebenden (Statistisches Bundesamt 2011f, S. 55 f.).

Alleinlebenden Älteren zollen wir hier besondere Beachtung, da sie mit anderen Belastungen konfrontiert sind als jene Menschen, die einen Haushalt mit Partner, Partnerin oder anderen teilen: Sie weisen ein höheres Risiko von Einsamkeit und mangelnder sozialer Unterstützung auf, auch ist ihre Armutsgefährdung höher als im Durchschnitt (vgl. Kapitel 02). Gerade verwitwete Ältere, die den Verlust des Partners oder der Partnerin verarbeiten müssen, klagen oftmals über fehlende Unterstützung (vgl. Statistisches Bundesamt et al. 2008, S. 377, Berechnungen auf Basis des European Social Survey von 2004/2005). Alleinlebende Ledige haben sich wiederum bereits anders auf die Lebensform »Single« eingestellt; sie haben sich im Lebenslauf häufig soziale

Netzwerkstrukturen geschaffen, die auch im Alter(n) als tragfähig erlebt werden (vgl. Vaskovics et al. 2000). Weder ist insofern die Gleichsetzung »allein = einsam« richtig, noch können Partnerschaften per se als Ressource begriffen werden. Sie können im Alter, wie in allen Lebensphasen, sowohl Quelle von Lebenszufriedenheit als auch von Belastung sein. 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. Tabelle 23 verdeutlicht, dass (ältere) Frauen ein Leben ohne Partner weniger schlecht bewerten als (ältere) Männer und dass insgesamt die jüngere Kohorte diese Lebenssituation positiver erlebt als die ältere.

Tabelle 24 im Anhang gibt darüber Aufschluss, wie häufig verwitwete Ältere in Einpersonenhaushalten oder aber in Mehrgenerationen-Konstellationen leben, also zum Beispiel nach dem Tod des Partners bzw. der Partnerin bei einem erwachsenen Kind und ggf. dessen Familie einziehen.

9 Menschen, die länger als drei Monate lang in Gemeinschaftsunterkünften wohnhaft sind und nicht für sich allein wirtschaften (zum Beispiel in Heimen oder Gefängnissen), werden in den Erhebungen des Mikrozensus zu Privathaushalten nicht berücksichtigt.

Region	Alter	Sehr gut	Gut	Mittel	Schlecht	Sehr schlecht
Deutschland	55–69	26,5	52,6	17,0	3,1	0,9
Deutschland	70–85	29,4	54,0	12,7	2,8	1,1
West	55–69	26,1	52,0	17,9	3,1	0,9
West	70–85	29,1	54,6	12,3	2,8	1,3
Ost	55–69	28,1	55,2	13,3	2,9	0,5
Ost	70–85	30,5	51,9	14,2	2,8	0,7

Tab. 25: Bewertung der Beziehung zur Familie, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Bewertung der Beziehung zur Familie)

03.2 Familien- und Generationenbeziehungen

Familienbeziehungen stellen einen beachtlichen Anteil der sozialen Bindung für die hier beschriebene Altersgruppe. Über 80 % der 70- bis 85-Jährigen im Jahr 2008 bewerteten ihre Familienbeziehungen als gut, nur 4 % befinden sie für schlecht oder sehr schlecht. Darin unterscheiden sie sich weder signifikant von den jüngeren Kohorten, noch lässt sich im Zeitverlauf ein Trend zu einer subjektiv besseren oder schlechteren Wahrnehmung der familialen Beziehun-

gen ausmachen (Motel-Klingebiel, Wurm und Tesch-Römer 2010, Tabellenanhang A 8-13).

Auch die Partnerschaften werden im Allgemeinen als zufriedenstellend erlebt – wenn sie als schlecht bewertet werden, so allerdings häufiger von Frauen (siehe Tabelle 26 im Anhang).

Verhältnis zu den Kindern

Bezogen auf das Jahr 2008 haben von den 55- bis 69-Jährigen circa 87 % und von den 70- bis 85-Jährigen 89 % Kinder (Mahne und Motel-Klingebiel 2010, S. 194). Ein gutes Zehntel (13 % bzw. 11 %) hat keine lebenden Kinder. Anteilig an allen Eltern mit Kindern der Altersgruppe 70–85 Jahre sind immerhin 5,5 % der Frauen und 9,1 % der Männer (sogar 15 % der ost-deutschen) Stiefeltern (Motel-Klingebiel, Wurm und Tesch-Römer 2010, Tabellenanhang A 7-7). Die jün-

Alter	Geschlecht	Keine leben- den Kinder	1 lebendes Kind	2 lebende Kinder	3 lebende Kinder	> 4 lebende Kinder
55–69	Männer	13,7	22,8	43,3	14,2	6,0
55–69	Frauen	13,0	24,5	41,2	13,7	7,6
55–69	Insgesamt	13,3	23,7	42,2	14,0	6,8
70–85	Männer	10,3	20,3	37,4	20,3	11,6
70–85	Frauen	11,7	22,9	35,3	16,8	13,2
70–85	Insgesamt	11,1	21,8	36,2	18,3	12,6

Tab. 27: Anzahl lebender Kinder, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Anzahl lebender Kinder)

Region	Alter	Das naheste erwachsene Kind wohnt ...			
		in der Nachbarschaft	im gleichen Ort	in einem anderen, max. 2 Stunden entfernten Ort	weiter entfernt
Deutschland	55–69	16,0	27,3	42,8	14,0
Deutschland	70–85	19,8	33,8	36,6	9,8
West	55–69	15,7	26,6	45,0	12,7
West	70–85	20,3	33,2	37,2	9,3
Ost	55–69	16,9	30,0	34,2	18,9
Ost	70–85	17,8	36,2	33,9	12,2

Tab. 29: Wohnortentfernung zum nächsten erwachsenen Kind, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Wohnortentfernung zum nächsten erwachsenen Kind)

gere Kohorte der 55- bis 69-Jährigen ist unwesentlich häufiger, nämlich zu rund 13 % kinderlos (Mahne und Motel-Klingebiel 2010, S. 173).

Fast alle Älteren (70–85 Jahre) beschreiben ihr Verhältnis zu den Kindern als »sehr eng« (90,7 %) bzw. »mittel« (6,9 %), nur 2,4 % bewerten es als »nicht eng« (Motel-Klingebiel, Wurm und Tesch-Römer 2010, Tabellenanhang A 8-5). Frauen berichten dabei von engeren Beziehungen und häufigerem Kontakt zu den (erwachsenen) Kindern, wobei weder die Geschlechter- noch die Ost-West-Differenzen gravierend sind. Auch Familien mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden sich – zumindest nach einer Auswertung der nicht mehr aktuellen Daten des DEAS 2002 – in Bezug auf die subjektive Wahrnehmung emotionaler Nähe zu ihren erwachsenen Kindern kaum voneinander. Helen Baykara-Krumme (Baykara-Krumme 2007) hat die Daten des DEAS 2002 zu Familienbeziehungen einer migrations-sensiblen Prüfung unterzogen und Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Familien mit und ohne Migrationshintergrund herausgearbeitet.¹⁰ Sie

zeigt (ebd., S. 30, 31), dass die emotionale Verbundenheit zu den Kindern – über den Zeitverlauf stabil – in diesen Gruppen gleichermaßen konstant groß ist.

Das enge Verhältnis schlägt sich auch in häufigem, gegebenenfalls telefonischem Kontakt zu den erwachsenen Kindern nieder. Bei weit über zwei Dritteln der hier betrachteten Älteren ist er im Durchschnitt mindestens wöchentlich (Motel-Klingebiel, Wurm und Tesch-Römer 2010, Tabellenanhang A 8-4). Zudem steht ein knappes weiteres Drittel monatlich mit den erwachsenen Enkeln in Kontakt (ebd., A 8-6, siehe Tabelle 28 im Anhang).

In sämtlichen Altersgruppen haben Frauen im Schnitt häufiger Kontakt zu ihren Kindern. Auffällig ist, dass es unter den Männern in Ostdeutschland eine große Gruppe (ein Viertel der 55- bis 69-Jährigen) gibt, die nur monatlich oder noch seltener Kontakt zu ihren erwachsenen Kindern hat.

Zieht man abermals Baykara-Krummes Auswertung des DEAS 2002 zum Vergleich von Familien mit und ohne Migrationshintergrund heran, so zeigt sich, dass auch in Familien mit Migrationshinter-

10 Die Familien mit Migrationshintergrund im DEAS 2002 wurden mithilfe einer »Ausländerstichprobe« zur Staatsangehörigkeit über die Einwohnermeldeämter ermittelt, vgl. Engstler und Motel-Klingebiel 2010, S. 41.

grund die Kontakthäufigkeit von Älteren zu ihren erwachsenen Kindern außerhalb des Haushalts hoch ist: Bald ein Drittel spricht oder sieht sich täglich (Baykara-Krumme 2007, S. 30, auf Basis von Daten des DEAS 2002).

Rund die Hälfte der 70- bis 85-Jährigen wohnt mit wenigstens einem erwachsenen Kind an einem Ort (oder gar im gleichen Haushalt bzw. Haus), nur bei jedem bzw. jeder Zehnten beträgt die Wohnortentfernung zum nächsten Kind mehr als zwei Stunden. In der jüngeren Kohorte wächst die Wohnortentfernung geringfügig – hier leben insbesondere die Ostdeutschen zu fast 20 % weiter als zwei Stunden entfernt von ihren erwachsenen Kindern.

Baykara-Krummes Auswertung zeigt, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund 2002 etwas häufiger, nämlich zu 27,5 %, im gleichen Haushalt mit bzw. in der Nachbarschaft zu ihren Familien leben (im Vergleich zu 21,5 % bei Älteren ohne Migrationshintergrund in der Altersgruppe 70–85 Jahre), zugleich jedoch auch häufiger in großer Distanz, das heißt zu 6,9 % (im Vergleich zu 1,6 % bei Älteren ohne Migrationshintergrund in der Altersgruppe 70–85 Jahre) an weiter als zwei Stunden entfernten Orten bzw. im Ausland leben (Menning und Hoffmann 2009, S. 16, nach Berechnungen von Baykara-Krumme 2007 auf Basis von Daten des DEAS 2002).

Enkelkinder

77 % der Frauen und Männer im Alter von 70 bis 85 Jahren haben Enkelkinder, bei den 55- bis 69-Jährigen ist es erst knapp die Hälfte (Motel-Klingebiel, Wurm und Tesch-Römer 2010, Tabellenanhang A 8-1). Fast 80 % der 70- bis 85-Jährigen beschreiben das Verhältnis zu ihnen als »eng« (ebd., A 8-7), zwei Drittel stehen mit ihnen in regelmäßigem Kontakt (siehe oben bzw. A 8-6). Meist sind die Enkel bereits aus dem Betreuungsalter herausgewachsen, insofern überrascht es nicht, dass die Häufigkeit der Betreuung von Enkelkindern durch die Großeltern

(17,8 %) im Vergleich zur jüngeren Kohorte der 55- bis 69-Jährigen (30,8 %) geringer ist. Über 90 % der Frauen und Männer zwischen 70 und 85 Jahren im Bundesgebiet empfinden ihre Großelternschaft als »wichtig« oder »sehr wichtig« – dagegen ist sie gerade einmal 1,2 % der Altersgruppe »ganz unwichtig« (ebd., A 8-14).

Austausch von Unterstützung

Ein zentraler Befund des Deutschen Alterssurveys ist das dichte Netz von Austauschbeziehungen, in dem sich Familien instrumentell (das heißt praktisch) wie finanziell unterstützen.

Die 55- bis 69-Jährigen haben noch zu einem knappen Drittel lebende Eltern; 20 % von ihnen unterstützen jene durch instrumentelle Hilfen, zum Beispiel im Haushalt. Dagegen leben noch 2 % der Eltern von 70- bis 85-Jährigen, von denen 13 % Unterstützung von ihren auch schon hochbetagten Kindern empfangen (Motel-Klingebiel, Wurm und Tesch-Römer 2010, S. 203 f.).

28 % der 55- bis 69-Jährigen, die selbst Kinder haben, leisten ihnen instrumentelle Hilfe, in der Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen sind es noch 4,6 %. Andererseits erhält diese Altersgruppe auch instrumentelle Hilfen: zu 11,9 % von den Kindern und zu 3 % von den Enkeln (ebd.). Diese Unterstützungen erweisen sich im Zeitverlauf seit 1996 als stabil (Motel-Klingebiel, Wurm und Tesch-Römer 2010, Tabellenanhang A 8-9).

Betrachtet man explizit solche Hilfestellungen, die im Haushalt geleistet werden, zeigt sich mit zunehmendem Alter – insbesondere bei Frauen –, dass das aktive Leisten von Hilfen für andere abnimmt, während vermehrt Unterstützung empfangen wird. Männer geben häufiger an, Hilfe im Haushalt zu leisten. Aus den Daten lässt sich allerdings nicht ablesen, welcher Art diese Hilfe ist; vor dem Hintergrund geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung, in der manche Haushaltsarbeiten als »Selbstverständlichkeit«

Alter	Geschlecht	Geleistete und empfangene Hilfe im Haushalt	
		Habe anderen Hilfe im Haushalt geleistet	Habe Hilfe im Haushalt erhalten
55–69	Männer	32,7	23,1
55–69	Frauen	28,8	22,5
55–69	Insgesamt	30,7	22,8
70–85	Männer	20,6	26,3
70–85	Frauen	11,2	30,3
70–85	Insgesamt	15,2	28,6

Tab. 30: Geleistete und empfangene Hilfe im Haushalt, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Geleistete und empfangene Hilfe im Haushalt)

unsichtbar gemacht werden, sind diese Angaben mit Vorsicht zu interpretieren (vgl. Tabelle 30).

Neben der praktischen Unterstützung fließen Geld- und Sachleistungen: Die Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen unterstützt durch Geld- oder Sachtransfers vorrangig die Kinder (17,4%) und Enkelkinder (18%). Sofern eigene Eltern noch am Leben sind, werden jene von 12% unterstützt, während umgekehrt 6,5% selbst von den Eltern Unterstützung beziehen (Mahne und Motel-Klingebiel 2010, S. 203). 15% transferieren innerhalb eines Jahres Geld- oder Sachleistungen im Wert von 1.000 Euro und mehr (sowie weitere 14% geringere Summen), während nur 2% der Altersgruppe überhaupt selbst solche Privattransfers beziehen (Motel-Klingebiel, Simonson und Romeu Gordo 2010, S. 75). In der jüngeren Kohorte der 55- bis 69-Jährigen spielen Geld- und Sachtransfers an die Kinder (28%), die Enkel (11,7%) und zu 2,5% an noch lebende Eltern eine Rolle (Mahne und Motel-Klingebiel 2010, S. 203).

03.3 Außerfamiliäre Netzwerke

Die 70- bis 85-Jährigen geben der Erhebung des DEAS zufolge im Schnitt vier und die 55- bis 69-Jährigen fünf Personen als ihr außerfamiliäres soziales Netzwerk an (Motel-Klingebiel, Wurm und Tesch-Römer 2010, Tabellenanhang A 9-1). Tabelle 31 weist darauf hin, dass die ostdeutschen Älteren am häufigsten – bis zu 30% – keine oder nur eine Person als »persönlich wichtig mit regelmäßigem Kontakt« bezeichnen. Der Kontakt mit Freundinnen, Freunden und Bekannten ist bei über zwei Dritteln in der Kohorte der 55- bis 69-Jährigen rege und wird bei den Frauen – anders als bei den Männern – auch in der älteren Kohorte nicht geringer (vgl. Tabelle 32 im Anhang). Es gibt allerdings, wie sämtliche hier vorgestellte Indikatoren sozialer (Des-)Integration in unterschiedlicher Schärfe ausweisen, eine doch beträchtliche Personengruppe (insbesondere in Ostdeutschland), die sehr wenige Kontakte pflegt, selten oder gar nie besucht wird und einem großen Risiko sozialer Isolation ausgesetzt ist.

Region	Alter	Geschlecht	Persönlich wichtige Personen mit regelmäßigem Kontakt		
			keine oder 1	2 bis 4	> 5
Deutschland	55–69	Männer	20,7	35,4	43,9
Deutschland	55–69	Frauen	16,6	37,3	46,1
Deutschland	55–69	<i>Insgesamt</i>	18,6	36,4	45,0
Deutschland	70–85	Männer	22,2	40,3	37,6
Deutschland	70–85	Frauen	21,2	43,5	35,3
Deutschland	70–85	<i>Insgesamt</i>	21,6	42,1	36,3
West	55–69	Männer	18,5	35,1	46,4
West	55–69	Frauen	15,0	36,5	48,5
West	70–85	Männer	21,2	39,4	39,4
West	70–85	Frauen	18,6	43,9	37,5
Ost	55–69	Männer	30,0	36,5	33,5
Ost	55–69	Frauen	23,3	40,5	36,3
Ost	70–85	Männer	26,3	44,0	29,7
Ost	70–85	Frauen	31,8	41,8	26,4

Tab. 31: Größe des persönlichen Netzwerks, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Größe des persönlichen Netzwerks)

Auch der Datenreport des Statistischen Bundesamtes von 2008 erhebt Daten zu sozialen Beziehungen. Nach ihren sozialen Kontakten befragt, antworten hier (leicht abweichend vom DEAS) die über 65-jährigen Westdeutschen zu 40% und die Ostdeutschen zu 28%, sich mindestens einmal in der Woche mit Freundinnen oder Freunden zu treffen. Allerdings geben 9% der Westdeutschen und 4% der Ostdeutschen an, niemanden für Gespräche über vertrauliche oder persönliche Angelegenheiten zu haben. Altersübergreifend wird hier zudem gezeigt, dass verwitweten Menschen – unter denen, wie bereits dargestellt, sich in großem Maße ältere Frauen befinden – häufig, nämlich zu 14% (West) bzw. 10% (Ost) der persönliche Ansprechpartner bzw. die -partnerin fehlt (Statistisches Bundesamt et al. 2008, S. 376 f., Berechnungen auf Basis des European Social Surveys von 2004/2005).

Im DEAS wird erfragt, ob außerfamiliäre Netzwerke Quelle von Rat und Trost sind. 2008 gaben 26,4% der

70- bis 85-jährigen Frauen und 13,7% der gleichaltrigen Männer an, sie fänden Trost bei Personen außerhalb der Familie (Motel-Klingebiel, Wurm und Tesch-Römer 2010, Tabellenanhang A 9-7). Im Vergleich zu älteren Erhebungen zeigt sich hier keine Veränderung – im Gegensatz zu den jüngeren Kohorten, die mehr außerfamiliären Trost erhalten, und dies seit der Erhebung 1996 in deutlichem Trend zunehmend. 12,6% der 70- bis 85-jährigen Männer (9,6% der 55- bis 69-Jährigen) und 19,6% der Frauen (13,4% der 55- bis 69-Jährigen) geben an, sie hätten Bedarf an mehr Rat und Trost (Motel-Klingebiel, Wurm und Tesch-Römer 2010, Tabellenanhang A 9-9).

Da soziale Unterstützung eine wichtige Ressource für die Bewältigung psychosozialer Belastungen und damit für das gesundheitliche Wohlbefinden ist, hat auch das Robert Koch-Institut im Rahmen der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009« (RKI 2011a) erhoben, inwieweit sich Frauen und Männer angemessen sozial unterstützt fühlen – differenzier-

Region	Alter	Geschlecht	Einsamkeit		
			eher gering	mittel	eher hoch
Deutschland	55–69	Männer	70,6	27,9	1,6
Deutschland	55–69	Frauen	79,4	18,4	2,2
Deutschland	70–85	Männer	75,6	23,3	1,2
Deutschland	70–85	Frauen	78,1	19,8	2,1
West	55–69	Männer	69,5	28,9	1,6
West	55–69	Frauen	78,6	19,2	2,2
West	70–85	Männer	74,2	24,6	1,3
West	70–85	Frauen	77,3	20,8	2,0
Ost	55–69	Männer	75,2	23,4	1,4
Ost	55–69	Frauen	82,7	15,2	2,1
Ost	70–85	Männer	81,6	17,7	0,7
Ost	70–85	Frauen	81,4	15,9	2,7

 Tab. 33: Empfundene Einsamkeit, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Empfundene Einsamkeit)

bar nach Bildungsgruppen und nach Ost und West. Der Grad subjektiv erlebter »sozialer Unterstützung« wird gemäß der »Oslo 3 Social Support Scale« gemessen, der über drei Variablen definiert ist: Gefragt wird 1) nach Anzahl enger Bezugspersonen, 2) nach der Erfahrung von Anteilnahme durch andere Menschen und 3) danach, wie einfach es ist, praktische Hilfe von den Nachbarinnen und Nachbarn zu erhalten.

Die Auswertungen zeigen: Männer und Frauen in Ostdeutschland (inklusive Berlin) in der Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen erleben im oben definierten Sinne häufiger eine geringere soziale Unterstützung als westdeutsche Ältere. Dieser Unterschied ist bei Menschen mit geringer Bildung am deutlichsten. In der Gruppe »einfache Bildung« erleben in Westdeutschland ein gutes Fünftel der Frauen und Männer nur »geringe Unterstützung«, während es in Ostdeutschland ein knappes Drittel der Frauen und der Männer ist. Weiterhin zeigt sich, dass – unabhängig von regionalen Unterschieden – Menschen mit geringerer Bildung häufiger als solche mit höhe-

rer Bildung geringe soziale Unterstützung erleben. Bei den mittleren und höheren Bildungsgruppen sind die Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland bei den Männern geringer, bei den Frauen etwas ausgeprägter. So erleben 17,1 % der Frauen mit höherer Bildung im Osten und 10,2 % im Westen nur geringe Unterstützung (ebd.).

Wie bereits dargestellt, erleben vor allem ältere Frauen den Tod des Partners. Ist diese Gruppe also besonders von Einsamkeit bedroht? Den Erhebungen des DEAS zufolge sind es tatsächlich am ehesten Frauen, die sich als »hoch einsam« empfinden, hier unterscheiden sich die Frauen in den Kohorten 55–69 und 70–85 Jahre und in Ost und West kaum. Den höchsten Grad an Einsamkeit verzeichnen die 70- bis 85-jährigen Frauen in den neuen Bundesländern. Männer sind seltener als Frauen »gering einsam« und häufiger »mittel einsam«. Dass sich knapp 30 % der 55- bis 69-jährigen Männer und knapp 25 % der 70- bis 85-jährigen Männer als »mittel« oder »hoch einsam« beschreiben, deutet – auch in der Zusammenschau mit den zuvor vorge-

stellten Daten zu sozialer (Des-)Integration – auf ein deutliches Risiko von Einsamkeit und fehlender sozialer Unterstützung für einen kleinen, besonders vulnerablen Teil von Frauen und Männern in der hier betrachteten Altersgruppe hin.

» 03.4 Fazit

In der weiten Altersspanne zwischen 65 und 80 Jahren sind soziale Beziehungsstrukturen einerseits einem Wandel unterworfen und stellen andererseits ihre Stabilität unter Beweis. Letzteres bedeutet, dass Familienbeziehungen und Partnerschaften von den allermeisten geschätzt und als gelungen erlebt werden, während außerfamiliäre Netzwerke bei den Älteren weniger stark ausgeprägt sind als in jüngeren Kohorten. Der Kontakt zu erwachsenen Kindern und auch zu Enkelkindern ist eng. Etwa die Hälfte der Älteren wohnt auch in räumlicher Nähe zu ihren Angehörigen und tauscht mit ihnen häufig instrumentelle wie finanzielle Hilfen aus. Doch das – biografie- ebenso wie milieuhabhängig divergente – Altern innerhalb der 15 Jahre zwischen 65 und 80 verursacht auch tief greifende Veränderungen in den sozialen Beziehungen: Enkelkinder entwachsen dem Betreuungsalter, noch lebende eigene Eltern werden (bzw. werden zunehmend) hilfe- oder pflegebedürftig und/oder sterben. Mit höherem Alter und der Erfahrung körperlicher Einschränkungen werden diejenigen, die zum Beispiel im Alter von 55–69 Jahren noch zu einem Drittel andere im Haushalt unterstützt haben, sukzessive selbst zu Empfängerinnen und Empfängern solcher Hilfeleistungen. Vor allem aber erlebt etwa die Hälfte der Frauen in der hier

betrachteten Altersgruppe den Tod des Partners – häufig, nachdem sie ihn in seinen letzten Lebensjahren unterstützt und/oder gepflegt hat. Männer verwitwen weit seltener, da sie zu 77 % älter als ihre Partnerinnen sind und zudem eine kürzere Lebenserwartung haben. Anders als Ledige stehen Verwitwete – die sich nach dem Tod des Partners/der Partnerin meist auf das Leben in einem Einpersonenhaushalt umstellen müssen – vor der Herausforderung, ihre sozialen Beziehungen neu gestalten zu müssen, um Einsamkeit und Isolation zu vermeiden. Angebote, die Begegnungen, zum Beispiel in der Nachbarschaft, 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 Wohnumfelds, die zum Aufenthalt im öffentlichen Raum einlädt, ist dafür ebenso von Bedeutung wie niedrigschwellige Angebote, zum Beispiel in Seniorenzentren oder Nachbarschaftstreffs, die das Knüpfen und Aufrechterhalten sozialer Kontakte erleichtern. Probleme von Einsamkeit und das Fehlen von Kontakt-, Ansprech- und schließlich Unterstützungspersonen beeinträchtigen bei einem als besonders vulnerabel zu verstehenden Teil der Älteren das alltägliche Erleben des Sozialen. Die Daten legen nahe, dass hier besonders Ältere mit niedrigem Bildungshintergrund, aber auch mit den Deklassierungserfahrungen und Umbrüchen nach 1989 in Ostdeutschland betroffen sind.

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, die 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

gibt es bekanntermaßen einen Zusammenhang zwischen gesundheitlicher Situation und sozioökonomischem Status¹¹, der sich in einer größeren Häufigkeit bestimmter Erkrankungen (zum Beispiel Herz-Kreislauf-Krankheiten) bei Menschen mit niedrigerem Status zeigt (vgl. RKI 2010c) und bis ins Alter feststellbar ist. Die differenzierte Betrachtung macht unterschiedliche Einflüsse auf die gesundheitliche Lage im Alter deutlich: Soweit es die Datenlage erlaubt, werden die Daten geschlechtsspezifisch, nach Bildungsgruppen, für Ost- und Westdeutschland getrennt sowie unterschieden nach Deutschen und Nichtdeutschen oder Migrantinnen und Migranten 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 über einem Alter von

Frauen (65–80 Jahre)	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
<i>Gesamt</i>	11,0	39,8	36,8	10,7	1,5
Einfache Bildung	9,2	35,4	41,1	12,8	1,5
Mittlere Bildung	13,9	46,6	30,3	7,5	1,7
Höhere Bildung	18,0	57,0	20,3	3,9	0,8

Männer (65–80 Jahre)	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
<i>Gesamt</i>	11,1	46,3	33,1	8,1	1,3
Einfache Bildung	7,6	41,4	39,5	9,9	1,6
Mittlere Bildung	13,2	53,0	26,4	6,1	1,2
Höhere Bildung	19,1	52,3	22,6	5,4	0,5

Tab. 34: Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands 65- bis unter 80-Jähriger nach Geschlecht und Bildungsgruppe, 2010 (in Prozent) [Primärquelle: RKI – Robert Koch-Institut, GEDA 2010, eigene Berechnungen]

60 oder 65 Jahren hinaus nicht weiter differenziert werden, sodass in die Ergebnisse auch die Befunde der über 80-Jährigen einfließen.

Subjektive Gesundheit

Die subjektive Gesundheit bezeichnet die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands durch die Befragten selbst, unabhängig von medizinischen Diagnosen und Befunden. Untersuchungen haben gezeigt, dass der objektiv messbare Gesundheitszustand eines Menschen und seine Selbsteinschätzung im höheren und hohen Alter nur noch selten übereinstimmen. Die subjektive Gesundheitseinschätzung sagt jedoch im höheren Alter die Sterblichkeit besser voraus als der objektive Gesundheitszustand¹² [Tesch-Römer und Wurm 2009, S. 14].

In der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA 2010), die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts durchgeführt wurde, sind die Befragten gebeten worden, ihren allgemeinen Gesundheitszustand in diesem Sinne selbst einzuschätzen (siehe Tabelle 34): »Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? Ist er »sehr gut«, »gut«, »mittelmäßig«, »schlecht« oder »sehr schlecht«?«. In der Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen bezeichnen 50,8 % der Frauen und 57,4 % der Männer ihren Gesundheitszustand als »sehr gut« oder »gut« (GEDA 2010, eigene Berechnungen). In der jüngeren Kohorte, der Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen, sind es dagegen noch 61,3 % der Frauen und 60,7 % der Männer [BZgA 2011]. Die Ergebnisse bestätigen außerdem die bekannten

11 Der sozioökonomische Status wird häufig durch Bildungsgruppen abgebildet. Bildungsgruppen werden zum Beispiel in der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA) des Robert Koch-Instituts durch eine standardisierte Vorgehensweise gebildet (ISCED bzw. CASMIN), die schulische und berufliche Bildungsabschlüsse berücksichtigt.

12 Die Einschätzung der subjektiven Gesundheit ist u. a. von psychischen und sozialen Ressourcen beeinflusst, die auf die Gesundheit und Lebenserwartung wirken.

Zusammenhänge zwischen gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit, hier durch den unterschiedlichen Bildungsstatus abgebildet. Frauen und Männer mit einfacher Bildung geben seltener sehr gute oder gute Gesundheit an als Frauen und Männer mit höherer Bildung. Der aus den jüngeren Altersgruppen bekannte Trend setzt sich auch im höheren Alter fort.

04.2 Morbidität

Allgemeiner Krankheitszustand und Beeinträchtigungen

Im Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit für Multimorbidität, das heißt das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Erkrankungen bzw. Diagnosen, zu. Das belegen die Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys¹³, der die Anzahl bestehender Krankheiten erfragt. In der Altersgruppe der 64- bis 69-Jährigen geben im Jahr 2008 über die Hälfte der Befragten (53 %) zwei bis vier Erkrankungen an, erst knapp jede bzw. jeder Zehnte dieser Altersgruppe (9 %) nennt fünf und mehr Erkrankungen. Dieser Anteil verdoppelt sich bei den 70- bis 75-Jährigen auf 20 %, erhöht sich in der folgenden Altersgruppe der 76- bis 81-Jährigen mit 21 % jedoch kaum noch. Vor allem in der letztgenannten Altersgruppe zeigt sich, dass die Anzahl der berichteten Krankheiten in der Kohorte im Vergleich zu früheren Erhebungen abgenommen hat. 1996 gaben noch 31 % der befragten 76- bis 81-Jährigen fünf und mehr Erkrankungen an. Weiterhin ist der Anteil derjenigen, die keine oder nur eine Erkrankung nennen, in

dieser Altersgruppe seit 1996 und 2002 um fünf Prozentpunkte (von 15 auf 20 %) angestiegen. Im Vergleich der verschiedenen Erhebungswellen (1996, 2002, 2008) wird deutlich, dass die Älteren zunehmend weniger Krankheiten berichten (BMFSFJ 2009, S. 22). Dies spricht dafür, dass die Hochaltrigen von heute gesünder sind als die in früheren Jahren.

Zum objektiven Gesundheitszustand älterer Menschen mit Migrationshintergrund in der Altersgruppe der 65- bis 80-Jährigen liegen keine repräsentativen Daten vor (RKI 2008, S. 100). Es ist jedoch davon auszugehen, dass deren durchschnittlich ungünstigeren Lebens- und Arbeitsbedingungen ihre Gesundheit eher negativ beeinflussen. Daher ist ein erhöhtes Krankheitsrisiko bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund anzunehmen, worauf einige Studien bereits hinweisen. So zeigt sich beispielsweise im Mikrozensus 2005, dass Menschen mit Migrationshintergrund in der Altersgruppe ab 45 Jahren einen höheren Krankenstand als Menschen ohne Migrationshintergrund aufweisen (vgl. zusammenfassend: RKI 2008a, S. 100).

Krankheiten können sich unterschiedlich stark auf das alltägliche Leben auswirken. Gerade bei Multimorbidität im Alter sind es jedoch vor allem die dauerhaften Beeinträchtigungen durch chronische Krankheiten, die die Lebensqualität besonders beeinträchtigen. Im GEDA 2009 wurde danach 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«.

In der Altersgruppe der über 65-Jährigen geben ein Viertel der Frauen (24,2 %) und ein knappes Fünftel

¹³ Im Deutschen Alterssurvey (DEAS) werden bundesweit und repräsentativ im Quer- und Längsschnitt Personen im Alter von über 40 Jahren befragt.

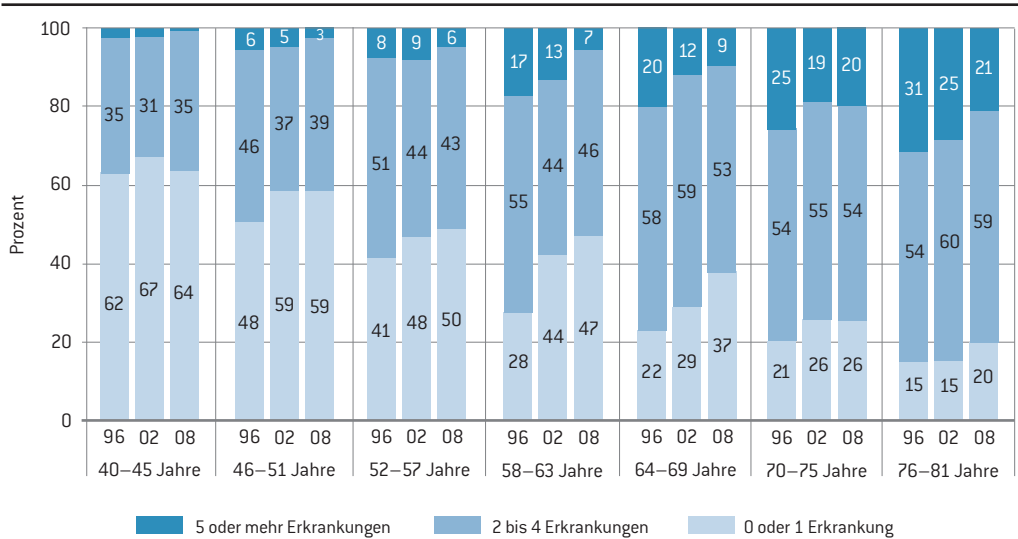


Abb. 12: Anzahl berichteter Erkrankungen in den Jahren 1996, 2002, 2008 (BMFSFJ 2009, S. 22)

der Männer (19,4 %) an, durch Erkrankungen erheblich eingeschränkt zu sein. Ein knappes Drittel gibt Einschränkungen an, die aber nicht als erheblich eingeschätzt werden. Nur knapp die Hälfte fühlt sich gar nicht eingeschränkt. Frauen der unteren Bildungsgruppen geben häufiger erhebliche Einschränkungen an als Frauen der oberen Bildungsgruppen; bei den Männern ist dieser Unterschied weniger ausgeprägt. Regionale Unterschiede lassen sich nicht feststellen (RKI 2011a, S. 57 f.).

Im deutschen Alterssurvey (DEAS) werden körperliche Einschränkungen genauer erfasst, indem nach Beeinträchtigungen bei bestimmten Tätigkeiten gefragt wird. Hier berichten schon die jüngeren Alten in der Altersgruppe von 55 bis 69 Jahren zu 60 % Ein-

schränkungen bei anstrengenden Tätigkeiten (zum Beispiel beim Heben schwerer Gegenstände oder schnellem Laufen), und ein knappes Drittel (31 %) fühlt sich beim Beugen, Knien und Bücken eingeschränkt. Bei den 70- bis 85-Jährigen berichten noch deutlich mehr stärkere körperliche Einschränkungen: 85 % haben Schwierigkeiten beim Ausführen anstrengender Tätigkeiten, 41 % geben sogar starke Einschränkungen an. Über die Hälfte dieser Altersgruppe (55 %) fühlt sich beim Beugen, Knien und Bücken eingeschränkt (18 % stark), 44 % beim Heben und Tragen schwerer Einkaufstaschen (14 % stark), ein Drittel (32 %) bei längeren Fußwegen¹⁴ (14 % stark), 28 % beim Treppensteigen (ein Treppenab-satz, 8 % davon stark). 18 % berichten über Einschrän-

¹⁴ »Mehrere Straßenkreuzungen zu Fuß«.

kungen beim Baden und Anziehen (5 % stark). Einschränkungen bei den hier abgefragten Tätigkeiten wie Einkaufen und Körperpflege beeinträchtigen die selbstständige Alltagsbewältigung (vgl. Abbildung 40 im Anhang).

Nach den Erhebungen des DEAS sind Menschen mit einfachen Bildungsabschlüssen von körperlichen Einschränkungen stärker betroffen als höher Gebildete. Höher gebildete 70- bis 85-Jährige weisen vergleichbare Einschränkungen auf wie die im Durchschnitt 15 Jahre jüngere Kohorte der 55- bis 69-Jährigen mit niedriger Bildung (BMFSFJ 2009, S. 22).

Häufigste Erkrankungen 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, das heißt auf die relative Häufigkeit der jeweiligen Erkrankung, und die Inzidenz, das heißt 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

Gut ein Drittel (34 %) der Frauen und fast ein Viertel (23,1 %) der Männer ab 65 Jahre¹⁵ berichten über Beeinträchtigungen beim Sehen (ggf. trotz Sehhilfe/Brille), 3,3 % der Frauen und 1,2 % der Männer geben an, dass sie Gedrucktes in der Zeitung oder Gesichter im Abstand von vier Metern gar nicht erkennen können (RKI 2011a¹⁶, S. 64). Zu den Ursachen für Sehbeeinträchtigungen zählt u. a. der Graue Star (Katarakt), der häufig im höheren Alter durch eine Trübung

der Linse entsteht (RKI 2011a, S. 63). Die Prävalenz des Grauen Stars steigt mit dem Alter an und liegt bei Frauen ab 65 Jahren mit 28 % über der Prävalenz bei Männern mit 17 % (RKI 2010a, zitiert nach www.gbe-bund.de). Die Operation der getrübbten Linse, durch die die Sehfähigkeit wieder hergestellt werden kann, gehört heute zu den am häufigsten durchgeführten operativen Eingriffen.

Während Frauen von Einschränkungen beim Sehen häufiger betroffen sind als Männer, zeigt sich hinsichtlich der Hörfähigkeit in der Altersgruppe ab 65 Jahren eine leicht umgekehrte Tendenz. 36,9 % der Frauen und 41,9 % der Männer der Altersgruppe geben Schwierigkeiten beim Hören an (gegebenenfalls trotz Hörgerät), 5,6 % der Frauen und 6,8 % der Männer berichten über große Schwierigkeiten beim Hören. 1,1 % der Frauen und Männer äußern, dass sie gar nicht hören können (RKI 2011a, S. 67). Auch bei diesen Beeinträchtigungen zeigt sich wieder der soziale Gradient: In allen Altersgruppen geben Personen mit höherer Bildung weniger Seh- und Hörschwierigkeiten an (ebd., S. 64 und 67).

Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems

Beeinträchtigungen des Bewegungsapparats 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 stellen bei ihnen die zweithäufigste, bei den Männern der Altersgruppe 65 bis unter 80 Jahren die vierthäufigste Krankenhausdiagnose dar. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied zeigt sich auch bei Personen aus

15 Zu beachten ist, dass diese Daten auch die Angaben der Hochaltrigen (80+) umfassen.

16 Im GEDA 2010 wurden 22.050 Personen ab 18 Jahren befragt, davon gehören 3.574 der Altersgruppe 65 bis unter 80 Jahren an.

dieser Altersgruppe, die in Vorsorge- und Rehaeinrichtungen in Behandlung sind: Bei den Frauen stellen Muskel- und Skeletterkrankungen dort die häufigste, bei den Männern die zweithäufigste Diagnose dar (Statistisches Bundesamt 2011g, zitiert nach www.gbe-bund.de).

Chronische Rückenschmerzen werden mit zunehmendem Alter häufiger angegeben. Im GEDA 2010 berichtet fast ein Drittel der Befragten 65- bis unter 80-Jährigen (30,2%) über chronische Rückenschmerzen in den vergangenen zwölf Monaten, wobei Frauen in allen Bildungsgruppen häufiger als Männer betroffen sind. Weiterhin geben Männer und Frauen mit einfacher Bildung deutlich häufiger Rückenschmerzen an als diejenigen mit höherer Bildung (35% vs. 18,4%) (GEDA 2010, eigene Berechnungen).

Eine der häufigsten Gelenkkrankheiten ist die *Arthrose* (Veränderungen und Abbauprozesse der Gelenke, u. a. übermäßiger Verschleiß). Arthrose tritt vermehrt mit zunehmendem Alter auf, so berichten 44,3% der 65- bis unter 80-Jährigen über eine diagnostizierte Arthrose. Weibliches Geschlecht gilt neben zunehmendem Alter als Hauptrisikofaktor für diese Erkrankung. Dementsprechend haben mehr als die Hälfte der Frauen (52,2%) und nur ein Drittel (34,2%) der Männer eine Arthrose (GEDA 2010, eigene Berechnungen). Während in der Altersgruppe der 45- bis unter 65-Jährigen festzustellen ist, dass Menschen mit geringerer Bildung häufiger an Arthrose erkranken, gleicht sich dieser Unterschied in den höheren Altersgruppen wieder aus, was darauf hindeutet, dass bei Menschen mit höherem Bildungsstatus die Erkrankung später auftritt (RKI 2011a, S. 91).

Bedeutsame Risikofaktoren für *Arthritis*¹⁷ (entzündliche Gelenkerkrankungen) sind weibliches Geschlecht und ein höheres Lebensalter. Sie tritt

seltener als Arthrose auf. Bei 13,7% der Frauen und bei 8,9% der Männer im Alter zwischen 65 bis unter 80 Jahren wurde schon einmal eine Arthritis diagnostiziert (GEDA 2010, eigene Berechnungen).

Gicht ist eine Ablagerung von Harnsäurekristallen in den Geweben und entsteht infolge eines erhöhten Harnsäurespiegels (Tausche et al. 2009, S. 549). Dieser wird u. a. durch Ernährungsgewohnheiten und den Lebensstil beeinflusst, woraus sich die folgenden Risikofaktoren für eine Gichterkrankung ergeben: Eine purinreiche Ernährung (zum Beispiel Fleisch), Alkoholkonsum (vor allem Bier) und Übergewicht (Choi, Liu und Curhan 2005, S. 287, Choi et al. 2004, S. 1279).

Die Gicht-Prävalenz, also ihr Vorkommen, beträgt 1,4% über alle Altersgruppen, wobei Männer ein bis zu neunmal höheres Erkrankungsrisiko haben als Frauen (Tausche et al. 2009, S. 549). 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 et al. 2011, S. 4). Außerdem tritt Gicht in Deutschland häufig begleitet von Diabetes auf (Annemans et al. 2008, S. 962).

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 Altersgrup-

17 Im GEDA wurde erfragt: »Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt bzw. eine Ärztin eine Arthritis, rheumatische Arthritis oder chronische Polyarthrit festgestellt?«.

pe haben Frauen mit 24,5 % eine fast 4,5-mal höhere Osteoporoseprävalenz als Männer (5,7 %) (RKI 2011a, S. 98). Neben dem Alter und weiblichem Geschlecht gibt es zahlreiche weitere Risikofaktoren, darunter Bewegungsmangel und Fehlernährung, aber auch Grunderkrankungen und die Einnahme bestimmter Medikamente (DVO [Dachverband Osteologie] 2009, zitiert nach RKI 2011a, S. 97). Knochenbrüche infolge einer Osteoporose-Erkrankung, insbesondere in Hüftgelenksnähe, können zu erheblichen Einbußen an Lebensqualität und selbstständiger Lebensführung führen und sind mit hohen Krankheitskosten verbunden (Endres 2006 und Schumacher et al. 2007, zitiert nach RKI 2011a, S. 97).

Erkrankungen der Lungen und Bronchien

Chronische Lungenerkrankungen gehen im Alter oft mit Kurzatmigkeit und dauerhaft eingeschränkter Leistungsfähigkeit sowie Folgeerkrankungen einher. Nahezu jede und jeder Zehnte in der Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen berichtet, dass bei ihr bzw. ihm schon einmal *Asthma bronchiale* diagnostiziert wurde (9,8 % der Frauen und 9 % der Männer). Die 12-Monats-Prävalenz¹⁸ beträgt 6,2 % bei den Frauen und 6,4 % bei den Männern dieser Altersgruppe (GEDA 2010, eigene Berechnungen). Signifikante Bildungsunterschiede lassen sich beim Auftreten von *Asthma bronchiale* nicht feststellen (RKI 2011a, S. 70).

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (Chronic Obstructive Pulmonary Disease/COPD) ist ein Sammelbegriff für die chronisch obstruktive Bronchitis und das Lungenemphysem. Höheres Alter und intensiver Zigarettenkonsum oder schädliche Umwelteinflüsse (wie das Einatmen von Gasen und Staub am Arbeitsplatz) sind bedeutsame Risikofaktoren bei der Entstehung dieser Krankheit. In der Altersgruppe

der 60- bis 69-Jährigen sind 7,6 % der Männer und 8,8 % der Frauen von COPD betroffen, in der Altersgruppe der über 70-Jährigen sind es 15 % der Männer und 8,0 % der Frauen (Geldmacher et al. 2008, S. 2611). Frauen in der untersuchten Altersgruppe ab 70 Jahren waren seltener Raucherinnen (ebd.), was das Risiko für eine COPD-Erkrankung verringert.

Die 12-Monats-Prävalenz für eine *chronische Bronchitis* (Husten und Auswurf von mindestens drei Monaten) beträgt für die 65- bis unter 80-jährigen Frauen 7,2 % und für die Männer 7,4 %. Die Lebenszeitprävalenz beträgt für beide Geschlechter 11,1 % (GEDA 2010, eigene Berechnungen). Die Erkrankungshäufigkeit steigt mit zunehmendem Alter an (RKI 2011a, S. 88). Bei Männern der unteren Bildungsgruppen kommt die Krankheit im Alter ab 65 Jahren signifikant häufiger vor als in den oberen Bildungsgruppen. Der bedeutsamste Risikofaktor für die Erkrankung ist Rauchen (ebd.).

Diabetes mellitus

Insgesamt nimmt die Häufigkeit von Diabetes mellitus mit steigendem Alter zu. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass Diabetes nicht immer diagnostiziert bzw. bekannt ist. Im Erwachsenenalter tritt mit einem Anteil von 80 bis 90 % vorwiegend Diabetes mellitus Typ 2 auf. Dieser ist gekennzeichnet durch eine Abnahme von Insulinwirkung und Insulinsekretion, die oft über längere Zeit nicht bemerkt werden. Deshalb können nur Aussagen über die Prävalenz des diagnostizierten und dadurch bekannten Diabetes in der deutschen Bevölkerung getroffen werden (Heidemann, Du und Scheidt-Nave 2011, S. 1 f.).

Fast jeder Fünfte der 65- bis über 80-jährigen Männer (19,9 %) und 17,2 % der Frauen geben an, dass bei ihnen schon einmal Diabetes diagnostiziert wurde.

18 Die 12-Monats-Prävalenz sagt aus, ob die Krankheit bei den Befragten in den vergangenen zwölf Monaten aufgetreten ist. Gefragt wurde im GEDA: »Bestand diese Erkrankung auch in den vergangenen zwölf Monaten?«.

Bei 18,9% der Männer und 15,5% der Frauen dieser Altersgruppe bestand die Krankheit in den vergangenen zwölf Monaten (GEDA 2010, eigene Berechnungen). Dabei haben Frauen mit niedrigerem Bildungsstatus ein höheres Risiko, an Diabetes zu erkranken (RKI 2011a, S. 73).

Einmal festgestellt, kann der Diabetes mellitus Typ 2 mit verschiedenen Maßnahmen behandelt werden. Ziel ist hierbei insbesondere eine Senkung und Stabilisierung des Blutzuckerwerts. Dies kann durch Gewichtsreduktion mithilfe von Ernährungsumstellung und körperlicher Betätigung, aber auch durch orale Antidiabetika, Insulin oder eine Kombination verschiedener Methoden erreicht werden (Kempf und Martin 2011, S. 160; Kerner et al. 2001, S. 19). Etwa 44% der Diabetikerinnen und Diabetiker werden mit oralen Antidiabetika behandelt, circa 31% mit Insulin oder einer Kombination aus Insulin und oralen Antidiabetika. Nur ein Viertel der Diabetikerinnen und Diabetiker wird ausschließlich durch Ernährungsmaßnahmen behandelt (Köster et al. 2011, S. 379). Als Basis der Diabetestherapie auch bei älteren Diabetikerinnen und Diabetiker gelten jedoch eine Bewegungstherapie und ausgewogene Ernährung. Erst wenn diese Maßnahmen nicht zu einer Verbesserung der Blutzuckerwerte führen, sollten orale Antidiabetika und/oder Insulin eingesetzt werden (Hader et al. 2004, S. 43 f.).

Diabetes kann zu schweren Folgeerkrankungen und Langzeitkomplikationen führen (Heidemann, Du und Scheidt-Nave 2011, S. 1; Kempf und Martin 2011, S. 160 f.). Ergebnisse der MONICA/KORA-Studie¹⁹ zeigen zum Beispiel, dass die Herzinfarktinzidenz bei männlichen Diabetikern in den vergangenen

Jahren jeweils um 1% gestiegen ist, wohingegen die Inzidenz bei Männern ohne Diabetes gesunken ist (Icks et al. 2009, S. 1838). Etwa 13% der Erkrankten in der KORA-Studie litten an Retinopathie (schwer behandelbare Erkrankung der Netzhaut des Auges, die zur Erblindung führen kann) (Icks et al. 2006, S. 75). Diabetiker beider Geschlechter haben ein höheres Risiko, Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen zu entwickeln, zum Beispiel ist das Schlaganfallrisiko bei älteren Menschen mit Diabetes etwa doppelt so hoch wie bei Menschen ohne Diabetes. Außerdem leiden Diabetikerinnen und Diabetiker etwa achtmal häufiger an schweren Nierenerkrankungen als Stoffwechselgesunde (Diehm 2011, S. 61; Icks et al. 2011, S. 267). Auch das Risiko für Amputationen (meist des Fußes) ist bei Diabetikerinnen und Diabetikern rund siebenmal höher als bei Nichterkrankten (Lawall 2011, S. 66). Für diabetische Langzeitkomplikationen liegen keine Aussagen zu altersgruppenspezifischen Prävalenzen vor. Allerdings steigt die Prävalenz der meisten Komplikationen mit der Erkrankungsdauer und auch mit dem Alter an (Hader et al. 2004, S. 36 f.). Für in Deutschland lebende Menschen mit Migrationshintergrund liegen aktuell keine repräsentativen Studien für die Diabetesprävalenz vor. Expertinnen und Experten gehen aber davon aus, dass die Diabetesprävalenz der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund die der älteren deutschen Bevölkerung übersteigt (Icks et al. 2011, S. 149).

Krebs²⁰

Im Jahr 2009 erkrankten nach Angaben der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) 46.512 Männer und 30.682

19 MONICA = Multination monitoring of trends and determinants in cardiovascular disease; KORA = Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg.

20 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.

Männer im Alter von	Erkrankungsrisiko Krebs		Sterberisiko Krebs	
	in den nächsten 10 Jahren	jemals	in den nächsten 10 Jahren	jemals
60 Jahren	15,8% (1 von 6)	49,8% (1 von 2)	5,9% (1 von 17)	25,6% (1 von 4)
70 Jahren	25,4% (1 von 4)	44,8% (1 von 2)	10,9% (1 von 9)	23,1% (1 von 4)
Lebenszeitrisiko		50,7% (1 von 2)		25,9% (1 von 4)

Frauen im Alter von	Erkrankungsrisiko Krebs		Sterberisiko Krebs	
	in den nächsten 10 Jahren	jemals	in den nächsten 10 Jahren	jemals
60 Jahren	11,2% (1 von 9)	36,9% (1 von 3)	3,7% (1 von 27)	18,6% (1 von 5)
70 Jahren	14,9% (1 von 7)	30,3% (1 von 3)	6,5% (1 von 15)	16,2% (1 von 6)
Lebenszeitrisiko		42,8% (1 von 2)		20,2% (1 von 5)

Tab. 36: Krebserkrankungs- und Sterberisiko in Deutschland nach Alter und Geschlecht, ICD10 C00-97 ohne C44, Datenbasis 2008 (RKI 2012, S. 22, eigene Darstellung)

Frauen im Alter von 65 bis 69 Jahren an Krebs. Die Zahl der Neuerkrankungen in der etwas älteren Gruppe der 70- bis 74-jährigen Männer lag bei 50.864, die der Frauen bei 30.685. Obwohl die Anzahl der Männer in der älteren Kohorte zahlenmäßig kleiner ist als in der jüngeren, ist bei ihnen die Zahl der Krebsneuerkrankungen höher. In der Gruppe der 75- bis 79-Jährigen erkrankten 35.893 Männer und 25.822 Frauen an Krebs bei weiter abnehmender Größe der Alters-

kohorte. Insgesamt erkrankten Frauen, trotz des höheren Frauenanteils in den älteren Kohorten, in allen drei Altersgruppen weniger häufig an Krebs als Männer derselben Altersgruppe²¹. Dies spiegelt auch die Krebsinzidenz wider, die mit dem Alter ansteigt, jedoch mit Ausnahme von Brustkrebs und Gebärmutterkörper-Krebs bei Frauen immer geringer ist als bei Männern. Frauen zwischen 65 und 80 Jahren sind am häufigsten betroffen von Brustkrebs, Darmkrebs

21 Größe der Alterskohorten vgl. Tabelle 1 in Kapitel 02.1).

und Lungenkrebs, während Männer derselben Altersgruppe am häufigsten von Prostatakrebs, Lungenkrebs und Darmkrebs betroffen sind (GEKID 2011; siehe Tabelle 35 im Anhang).

Bei der Betrachtung des Risikos, an Krebs zu erkranken, wird deutlich, wie verbreitet diese Erkrankung heute ist: Im Alter von 60 Jahren haben Männer ein 49,8%iges Risiko, jemals an Krebs zu erkranken und ein 15,8%iges Risiko, in den nächsten zehn Jahren an Krebs zu erkranken. Frauen haben im Alter von 60 Jahren ein 36,9%iges Risiko, jemals an Krebs zu erkranken, und ein 11,2%iges Risiko, in den nächsten zehn Jahren zu erkranken. Im Alter von 70 Jahren haben Männer ein Erkrankungsrisiko von 44,8%, Frauen von 30,3%. Das Risiko, in den nächsten zehn Jahren zu erkranken, liegt bei Männern bei 25,4%, bei Frauen bei 14,9%. (Gesamtlebenszeitrisiko: Männer 50,7%, Frauen 42,8%). Das Risiko, an Krebs zu versterben, liegt bei 60-jährigen Männern bei 25,6%, bei Frauen bei 18,6%, bei 70-jährigen Männern bei 23,1%, bei Frauen: 16,2% (Gesamtlebenszeitrisiko an Krebs zu versterben: Männer 25,9%, Frauen 20,2%) (RKI 2012, S. 22). Mit anderen Worten: Jeder zweite 60-jährige Mann wird – nach statistischer Wahrscheinlichkeit – im Laufe der ihm verbleibenden Lebenszeit an Krebs erkranken, jeder Vierte wird daran sterben. Von den 60-jährigen Frauen wird mehr als jede Dritte an Krebs erkranken, fast jede Fünfte wird daran sterben.

Die Krebsinzidenz ist für Männer höher als für Frauen. Während die erfassten Erkrankungen in den Altersgruppen der 60- bis unter 79-jährigen Männer mit jeder Befragungswelle zunehmen (vgl. 1980,

1990, 2006), sinkt die Zahl der Erkrankungen bei den 80- und über 85-Jährigen im Vergleich zu den früheren Erhebungen. Dies ist auch bei den Frauen zu beobachten, allerdings steigen bei diesen die Krebserkrankungen bereits in der Altersgruppe ab 70 Jahren im Vergleich zum Jahr 1990 nicht mehr an und sinken im Vergleich zu den Vorjahren in der Altersgruppe ab 85 Jahren (siehe Abbildung 13 im Anhang).

Im Jahr 2010 verstarben anteilig an allen Todesursachen jeweils 43,1% der 65- bis unter 70-Jährigen, 37,6% der 70- bis unter 75-Jährigen und 29,6% der 75- bis unter 80-Jährigen an der Todesursache »bösartige Neuerkrankung«. Insgesamt starben mehr Männer als Frauen an bösartigen Tumorerkrankungen (Statistisches Bundesamt 2011).

Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems

Bei der großen Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen lassen sich als Untergruppen die chronische Erkrankung der Herzkranzgefäße, die zu Durchblutungsstörungen des Herzmuskels führt (koronare Herzerkrankung – KHK²²), und die die Blutgefäße des Gehirns betreffenden zerebrovaskulären Erkrankungen unterscheiden.

Typische Symptome für einen Herzinfarkt:

- Schwere, länger als fünf Minuten anhaltende Schmerzen im Brustkorb, die in Arme, Schulterblätter, Hals, Kiefer, Oberbauch ausstrahlen können,
- starkes Engegefühl, heftiger Druck im Brustkorb, Angst,

22 Typische Ausprägungsformen der koronaren Herzkrankheit sind die stabile Angina pectoris (Brustenge, belastungsabhängige Beschwerden/Schmerzen) und die instabile Angina pectoris (Auftreten der Beschwerden/Schmerzen auch schon in Ruhe), die als »Akutes Koronarsyndrom« zusammengefasst werden. Außerdem werden die Mangel durchblutung ohne Schmerzwahrnehmung, der akute Myokardinfarkt (Verschluss einer Herzkranzarterie), die durch die KHK bedingte Herzinsuffizienz (Herzmuskelschwäche) und der plötzliche Herztod zur KHK gezählt (RKI 2006, S. 8/13).

- zusätzlich zu Brustschmerzen: Luftnot, Übelkeit, Erbrechen,
- Schwächeanfall (auch ohne Schmerz), eventuell Bewusstlosigkeit,
- blasse, fahle Gesichtsfarbe, kalter Schweiß.
- Achtung: Bei Frauen sind Luftnot, Übelkeit, Schmerzen im Oberbauch, Erbrechen nicht selten alleinige Alarmzeichen!

Die koronare Herzkrankheit (KHK) und damit verbunden der Myokardinfarkt (Herzinfarkt) zählen zu den häufigsten Todesursachen im Erwachsenenalter in den Industrieländern (RKI 2011a, S. 82). In der betrachteten Alterskohorte der 65- bis 80-Jährigen ist der Herzinfarkt die zweithäufigste Todesursache. Eine Ausnahme bilden Frauen zwischen 65 und 69 Jahren, bei denen Herzinfarkt als Todesursache an dritter Stelle steht (Statistisches Bundesamt 2011s, zitiert nach www.gbe-bund.de). Ein Myokardinfarkt äußert sich bei Frauen und Männern mit teilweise unterschiedlichen Symptomen. So verspüren Frauen signifikant häufiger Schmerzen im linken Arm, im Rücken bzw. am linken Schulterblatt sowie im Kiefer-Halswinkel. Außerdem leiden Frauen signifikant häufiger an den Begleitscheinungen Todesangst und Übelkeit mit Erbrechen (RKI 2006, S. 22). Für die Heilungschancen sind das rechtzeitige Erkennen und die schnelle Behandlung entscheidend. Je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner sterben von 333 Frauen, die einen akuten Herzinfarkt erleiden, circa 151 (45,4 %) und von 896 erkrankten Männern etwa 394 (44 %). Die Sterblichkeit nimmt mit dem Alter weiter zu und erreicht in der Altersgruppe

der 70- bis 74-jährigen Männer 51,7 % und bei den Frauen 49,2 % (Helmholtz Zentrum München 2011, zitiert nach www.gbe-bund.de). Zusammengefasst erkranken und sterben in der gesamten Alterskohorte der 65- bis 80-Jährigen mehr Männer als Frauen an Herzinfarkt (Statistisches Bundesamt 2011g, zitiert nach www.gbe-bund.de; Statistisches Bundesamt 2011i, zitiert nach www.gbe-bund.de).

Die Prävalenz für die gesamte Gruppe der koronaren Herzkrankheiten nimmt in der Altersgruppe ab 65 Jahren deutlich zu: 19,1 % der Frauen und 28,3 % der Männer ab 65 Jahren geben an, dass bei ihnen schon einmal eine koronare Herzerkrankung diagnostiziert wurde. (Im Vergleich dazu sind es in der Altersgruppe der 45- bis 65-Jährigen 3,5 % der Frauen und 8,6 % der Männer.) Die höchsten Prävalenzraten haben Männer der mittleren Bildungsgruppe ab 65 Jahren mit 30,1 % (RKI 2011a, S. 83), während in der unteren und oberen Bildungsgruppe jeweils circa ein Viertel der Männer (26 % vs. 25,8 %) von koronaren Herzerkrankungen betroffen sind. Frauen ab 65 Jahren in den unteren Bildungsgruppen sind mit einer Prävalenz von 23,3 % betroffen, während Frauen der mittleren und oberen Bildungsgruppe mit 15 % bzw. 14,5 % deutlich geringere Raten aufweisen. Die KHK-Prävalenz von Männern aus Ostdeutschland ist mit 32,7 % insgesamt höher als die der Männer aus Westdeutschland mit 26,9 %²³ (RKI 2009a, zitiert nach www.gbe-bund.de).

Die Gruppe der zerebrovaskulären Erkrankungen umfasst u. a. den Schlaganfall (RKI 2007, S. 27). Dieser kann abhängig von der Ursache unterschieden werden in Hirninfarkt und Hirnblutung. Hirninfarkte entstehen durch eine Mangeldurchblutung des Gehirns, Hirnblutungen werden durch Austritt von Blut

23 Dieser Unterschied ist in der oberen Bildungsgruppe am größten: Hier sind 22 % der westdeutschen Männer im Gegensatz zu 34,6 % der ostdeutschen Männer von koronaren Herzerkrankungen betroffen (RKI 2009a, zitiert nach www.gbe-bund.de). Es liegen keine Daten für Männer der unteren Bildungsgruppen aus Ostdeutschland vor, die mittleren Bildungsgruppen unterscheiden sich nicht.

in das Hirngewebe verursacht [Diehm 2011, S. 59 f.]. Die Häufigkeit von Schlaganfällen nimmt mit dem Alter zu [RKI 2009b, S. 38]. Während in der Altersgruppe unter 75 Jahren vor allem Männer an zerebrovaskulären Erkrankungen leiden, nähert sich in der älteren Kohorte die Zahl der betroffenen Frauen der der Männer an [Statistisches Bundesamt 2011h, zitiert nach www.destatis.de]. Im Jahr 2010 wurden beispielsweise Frauen ab 75 Jahren häufiger als Männer aufgrund eines Hirninfarkts im Krankenhaus behandelt (vgl. Abbildung 14 im Anhang). Zu den Symptomen eines Schlaganfalls zählen einseitig auftretende Lähmungserscheinungen bzw. Taubheitsgefühl, Sehstörungen und Sprachstörungen [Diehm 2011, S. 59 f.]. Eine schnelle Behandlung im Krankenhaus senkt die Sterblichkeit und die Gefahr bleibender Hirnschäden.

Menschen mit niedrigerem sozioökonomischen Status haben ein größeres Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden [RKI 2010c, S. 3]. Eine häufige Ursache für Herzinfarkte und Schlaganfälle sind die Arteriosklerose und ihre Folgeerkrankungen. Arteriosklerose ist eine langsam fortschreitende Erkrankung der Arterien, die zu Verengungen und Versteifungen der Blutgefäße führt. Zu den Risikofaktoren für Arteriosklerose zählen u. a. Rauchen, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Bewegungsmangel und Übergewicht.

Bluthochdruck (Hypertonie)

Bluthochdruck ist einer der wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf- und viele weitere Erkrankungen. Er wird ganz überwiegend durch entsprechende Erbanlagen, Alter, Geschlecht und verschiedene ungünstige Ernährungs- und Lebensbedingungen verursacht. Das Risiko, an Hypertonie zu erkranken, nimmt mit dem mittleren Alter zu [RKI 2011a, S. 128]. Von den Menschen im Alter zwischen 65 bis unter 80 Jahren wurde bei mehr als der Hälfte (m: 57,5 %, w: 57,7 %) schon einmal eine

Hypertonie diagnostiziert, auch in den vergangenen zwölf Monaten bestand die Krankheit bei 50,1 % der Befragten aus dieser Altersgruppe (GEDA 2010, eigene Berechnungen).

Harninkontinenz

Inkontinenz – das Unvermögen, den Harn willkürlich zurückzuhalten – wurde im Jahr 1998 von der WHO als eigenständige Krankheit anerkannt. Sie tritt in unterschiedlichen Formen (zum Beispiel Belastungsinkontinenz, Dranginkontinenz) auf und kann die Lebensqualität im Alltag erheblich beeinträchtigen. Schätzungen über die Verbreitung ergeben, dass circa 11 % der Menschen über 60 Jahre von Inkontinenz betroffen sind. Vor allem ab dem 70. Lebensjahr steigt die Zahl der Erkrankten an: Ab dem 74. Lebensjahr wird bei circa 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, zum Beispiel physiologische Auslöser (wie Blasenschließmuskelschwäche), andere zugrunde liegende Erkrankungen wie Prostataleiden, Harnwegsinfekte oder Tumoren, aber auch Multimedikation, neuronale Veränderungen und psychosoziale Faktoren sind von Bedeutung. Untersuchungen haben weiterhin gezeigt, dass eine hohe Anzahl der Menschen (50–70 %), die an Inkontinenz leiden, keine professionelle Hilfe in Anspruch nimmt (ebd., S. 27 f.).

Infektionskrankheiten²⁴

Infektionskrankheiten verlaufen im Alter häufig schwerer und können lebensbedrohlich sein. Daten hierzu werden vom Robert Koch-Institut erhoben, liegen allerdings nur bis zur Altersgruppe der bis 70-Jährigen vor [RKI 2010d].

Zu den Infektionskrankheiten, die in der Altersgruppe der 65- bis unter 70-Jährigen im Jahr 2010 gemeldet wurden, zählen vor allem Durchfallerkrankungen: Die Norovirus-Gastroenteritis (Durchfallerkrankung, Viren) mit 181,1 Fällen je 100.000 Einwohner/-innen, *Campylobacter*-Enteritis (Durchfallerkrankung, Bakterien) 56,7 Fälle je 100.000 Einwohner/-innen, die Rotaviruserkrankung (Durchfallerkrankung) mit 24 Fällen und die Salmonellose mit 22 Fällen je 100.000 Einwohner/-innen. Andere Infektionskrankheiten traten noch seltener auf.

Influenzafälle wurden im Jahr 2010 nur 1,1 Fälle pro 100.000 (50 Personen) gemeldet, im Jahr 2009 dagegen traten aufgrund einer Pandemie der neuen Influenza A (H1N1), der sogenannten Schweinegrippe, mit 15,7 Fällen pro 100.000 Einwohner/-innen (789 Personen) deutlich mehr Influenzafälle bei den 60- bis unter 70-jährigen Personen auf als in den Vorjahren. Von den Influenzaerkrankungen sind beide Geschlechter gleich häufig betroffen (RKI 2010d, zitiert nach www.gbe-bund.de; RKI 2009d, S. 477; RKI 2011b, S. 154²⁵). Zur Inanspruchnahme von Gripeschutzimpfungen vgl. Kapitel 04.9.

MRSA

Eine meldepflichtige Infektionskrankheit, die in den vergangenen Jahren immer wieder in den Medien thematisiert wurde, ist die Infektion mit MRSA (Methicillinresistenter *Staphylococcus aureus*). Hierbei 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 verantwort-

lich für verlängerte Krankenhausaufenthalte und erhöhte 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 2011c, S. 233).

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

Für das Jahr 2008 lag die MRSA-Rate in Deutschland bei 19 % und ist im Vergleich zum Vorjahr angestiegen (EARSS 2009, S. 58). In der Gruppe der Personen 65+ ist die MRSA-Rate mit 21 % am höchsten, wobei Männer und Frauen gleichermaßen betroffen sind: Jede(r) Fünfte ist somit Keimträger (EARSS 2009, S. 126 f.). Die Besiedelung mit MRSA-Keimen bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass die betroffenen Menschen erkranken, sie haben allerdings ein erhöhtes Risiko dafür und können die Erreger weiterverbreiten, wenn nicht geeignete Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Nur etwa 16 % der MRSA-Besiedelungen werden während des Krankenhausaufenthalts erworben, etwa 32 % während des Aufenthalts in Reha-Einrichtungen. Die anderen MRSA-Fälle liegen bereits bei Krankenhaus/Reha-Aufnahme vor (NRZ 2011a, S. 2; NRZ 2011b, S. 1). Im Gegensatz dazu ist in den Niederlanden, in denen verstärkt

24 Bei jüngeren Altersgruppen ist die Infektion mit HIV eine relevante Infektionskrankheit, in der Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen ist sie jedoch nur von geringer Bedeutung. Insgesamt 90 positive Laborfälle wurden im Jahr 2010 bei den 60- bis unter 70-Jährigen gemeldet und damit vergleichbar viele wie in den Vorjahren (2008: 90, 2009: 97). Diese betreffen größtenteils Männer (81 Männer, 9 Frauen). In der höheren Altersgruppe der über 70-Jährigen ist die Zahl noch viel geringer (23 Fälle, Frauen: 1, Männer: 22) (RKI 2010d, zitiert nach [gbe-bund](http://www.gbe-bund.de)).

25 Für über 70-Jährige liegen bei dieser Quelle keine Daten vor.

Maßnahmen gegen MRSA durchgeführt werden, die Nachweisrate mit unter 1 % sehr viel niedriger und liegt auch in der Altersgruppe 65+ bei nur 2 % (EARSS 2009, S. 148 f.). Zu den Maßnahmen zählen u. a. eine vermehrte Testung von Risikopatientinnen und -patienten (Epping et al. 2010). Zudem gibt es in den Niederlanden eine genau festgelegte Antibiotikapolitik, die einen gezielten Einsatz von Antibiotika zur Folge hat. In anderen europäischen Ländern, in denen der Antibiotikaeinsatz weniger systematisch durchgeführt wird, treten auch vermehrt MRSA-Fälle auf (Epping et al. 2010, S. 1 f.; EARSS 2009, S. 56).

» 04.3 Unfälle

Stürze

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für Stürze (vgl. zum Beispiel Rupprecht 2009). Ungefähr ein Drittel bis ein Viertel der über 65-Jährigen stürzt mindestens einmal pro Jahr (Rapp und Becker 2009, S. 25; Rupprecht 2009). Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- oder Pflegeheimen stürzen noch häufiger (Rapp und Becker 2009). Geschlechtsunterschiede hinsichtlich des Sturzrisikos zeigen sich nicht (Rupprecht 2009). Rupprecht stellt bei einer Untersuchung in Süddeutschland fest, dass sich über die Hälfte der Stürze in Wohnungen und 20 % bei Freizeitaktivitäten ereigneten (ebd.). Stürze sind mit einem hohen gesundheitlichen Risiko, vor allem Knochenbrüchen, und infolgedessen mit einer Gefährdung der selbstständigen Lebensführung verbunden, und zwar sowohl wegen bleibender Funktionseinschränkungen als auch wegen erhöhter Sturzanst. Die Ursachen für Stürze im Alter sind vielfältig:

Herzerkrankungen (zum Beispiel durch Rhythmusstörungen, Blutdruckschwankungen), Seh- oder Hörstörungen, Multimedikation etc. können zu einem größeren Sturzrisiko beitragen, andere Erkrankungen, zum Beispiel 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) und der Wohnumgebung (Beleuchtung, sichere Treppen) 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 2011i). Demnach wurden im Jahr 2010 durch Straßenverkehrsunfälle 40.500 Personen (20.621 Männer und 19.879 Frauen) über 65 Jahre verletzt. Dies entspricht 240 Verletzten je 100.000 Einwohner/-innen der Altersgruppe 65+. Damit sind Personen im Alter zwischen 65 bis unter 80 Jahren seltener an Straßenverkehrsunfällen beteiligt als jüngere. Dies zeigt sich auch innerhalb der betrachteten Altersgruppe: Die meisten Unfälle unter den über 65-Jährigen ereignen sich zwischen 65 und etwa 75 Jahren, danach gehen die Unfälle, parallel zur Mobilitätsquote, kontinuierlich zurück. Am häufigsten werden ältere Menschen als Fahrerinnen und Fahrer bzw. Mitfahrende von Pkws verletzt (114 von 100.000), gefolgt von Fahrradfahrenden (63 von 100.000). Noch geringer ist der Anteil der verletzten Fußgängerinnen und Fußgänger mit 36 von 100.000. Männer werden insgesamt häufiger als Frauen bei Straßenverkehrsunfällen verletzt (Statistisches Bundesamt 2011j, zitiert nach www.gbe-bund.de). 404 Männer und 190 Frauen wurden im Jahr 2010 bei Straßen-

verkehrsunfällen getötet (gesamt: 594). Dies entspricht in den Altersgruppen der 65- bis unter 70-Jährigen und 70- bis unter 75-Jährigen vier Getötete je 100.000 Personen, was auch dem Durchschnitt aller Altersgruppen entspricht (alle Altersgruppen: vier Getötete je 100.000). Bei den 75- bis unter 80-Jährigen sind es sechs Getötete je 100.000. Demnach sind Menschen der betrachteten Altersgruppe seltener an Unfällen beteiligt, sterben aber häufiger an den Folgen (Statistisches Bundesamt 2011j, zitiert nach www.gbe-bund.de). Im Bereich der Pkw-Unfälle zeigen die Daten des Statistischen Bundesamtes, dass deutlich seltener ein Unfall durch ein Fehlverhalten der älteren Menschen verursacht wird, als dies bei anderen Altersgruppen der Fall ist (Statistisches Bundesamt 2011i).

04.4 Psychische Erkrankungen

Die psychische Gesundheit ist von großer Bedeutung für die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit. Nach Schätzungen auf Basis unterschiedlicher Studien sind rund ein Viertel der Menschen im Alter von über 65 bzw. über 70 Jahren von psychischen Erkrankungen betroffen (vgl. zusammenfassend Weyerer und Bickel 2007, S. 55). Neben demenziellen Erkrankungen (siehe unten) treten hauptsächlich Persönlichkeitsstörungen und Neurosen (vor allem Depressionen) auf (ebd.).

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 im GEDA 2009 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 werden diejenigen als seelisch belastet eingestuft, die mindestens 14 Tage innerhalb der letzten vier Wochen wegen ihres seelischen Befindens beeinträchtigt waren (RKI 2011a, S. 79). Dies geben in der Altersgruppe ab 65 Jahren 11,5 % der Frauen und 6,6 % der Männer und damit weniger Menschen an als in den jüngeren Altersgruppen (RKI 2011a, S. 79). Männer und Frauen der unteren Bildungsgruppe sind ihren Angaben zufolge häufiger von seelischen Belastungen betroffen, als die der mittleren und oberen Bildungsgruppe (vgl. Tabelle 37).

Im Jahr 2010 wurden 1.259 Frauen je 100.000 Einwohner/-innen und 1.070 Männer je 100.000 Einwohner/-innen im Alter von über 65 Jahren²⁶ auf-

	Frauen	Männer
Gesamt	13,2	8,3
45–64 Jahre		
Gesamt	13,5	9,7
Untere Bildungsgruppe	16,4	15,1
Mittlere Bildungsgruppe	13,1	9,9
Obere Bildungsgruppe	11,9	7,5
ab 65 Jahren		
Gesamt	11,5	6,6
Untere Bildungsgruppe	13,9	9,6
Mittlere Bildungsgruppe	9,1	7,7
Obere Bildungsgruppe	9,2	2,9

 Tab. 37: Beeinträchtigungen durch seelische Belastungen (in Prozent) (RKI 2011a, S. 80, eigene Darstellung)

grund von psychischen und Verhaltensstörungen²⁷ im Krankenhaus behandelt. Während bei den 65- bis unter 70-jährigen Männern psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD10: F10-F19, dazu zählt zum Beispiel die Alkoholabhängigkeit) die häufigsten Diagnosen sind, sind es bei den Frauen dieser Altersgruppe affektive Störungen (ICD10: F30-F39, zu diesen zählen zum Beispiel Depressionen). Mit höherem Alter gewinnt die Diagnose »organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)« zunehmend an Bedeutung, zu der demenzielle Erkrankungen zählen (Statistisches Bundesamt 2011g).

Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass vielen psychischen Störungen (wie Depressionen und Angststörungen) traumatische Erfahrungen im Nationalsozialismus und Krieg zugrunde liegen. Allerdings würden Kriegstraumatisierungen häufig nicht erkannt, »weil es sich um Massenerscheinungen handelt, deren individuelle Wirkungen verleugnet werden« (Stein 2009, S. 76). Glaesmer et al. stellten in einer Untersuchung fest, dass 40 bis 50 % der Menschen, die bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs geboren wurden, über traumatische Erfahrungen berichten (Glaesmer et al. 2010, zitiert nach Glaesmer 2012). Durch psychosoziale Veränderungen im Alter, wie den Wegfall der Berufsrolle, den Verlust sozialer Beziehungen oder durch zunehmende Pflegebedürftigkeit, können Anpassungs- und Stabilisierungsprozesse der Psyche verringert werden. Traumatisierungssituationen können dann, zum Beispiel durch das Erleben von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein, 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. Repräsentative Daten zur psychischen Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund und Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit liegen zurzeit nicht vor. Psychisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund sind in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung unterrepräsentiert, bei schweren psychischen bzw. psychotischen Erkrankungen und Zwangseinweisungen jedoch überrepräsentiert (Haasen und Yagdiran 2000, zitiert nach RKI 2008, S. 110).

Depressionen

Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen zählen Depressionen. In der betrachteten Altersgruppe treten typischerweise gehäuft Veränderungen auf, die als Risikofaktoren für Depressionen angesehen werden können, zum Beispiel Berentung, Verlust von Angehörigen und Menschen aus dem sozialen Netzwerk sowie gesundheitliche Einschränkungen (Weyerer und Bickel 2007, S. 115). Dennoch zeigt sich beim Vergleich der Lebenszeitprävalenzen²⁸ der betrachteten Altersgruppen, dass in den Altersgruppen ab 60 Jahren und vor allem bei den ab 70-Jährigen seltener schon einmal Depressionen diagnostiziert wurden als in der Kohorte der 50- bis 59-Jährigen (vgl. Abbildung 15). Damit wird deutlich, dass in Zukunft ein höherer Anteil Älterer eine diagnostizierte Depression aufweisen wird. Unklar bleibt, ob diese erhöhten Zahlen auf eine höhere Krankheitsprävalenz, eine sensiblere Diagnostik oder veränderte Wahrnehmung zurückzuführen sind (vgl. BZgA 2011, S. 45). Möglicherweise werden Depressionen im Alter seltener diagnostiziert, weil sie als normale, altersentsprechende Befindlichkeit inter-

26 Über alle Altersgruppen: 1.418 Fälle je 100.000 Einwohner/-innen.

27 ICD10, F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen.

28 Lebenszeitprävalenz bezeichnet den Anteil derjenigen, die im Laufe ihres Lebens an einer Erkrankung erkranken.

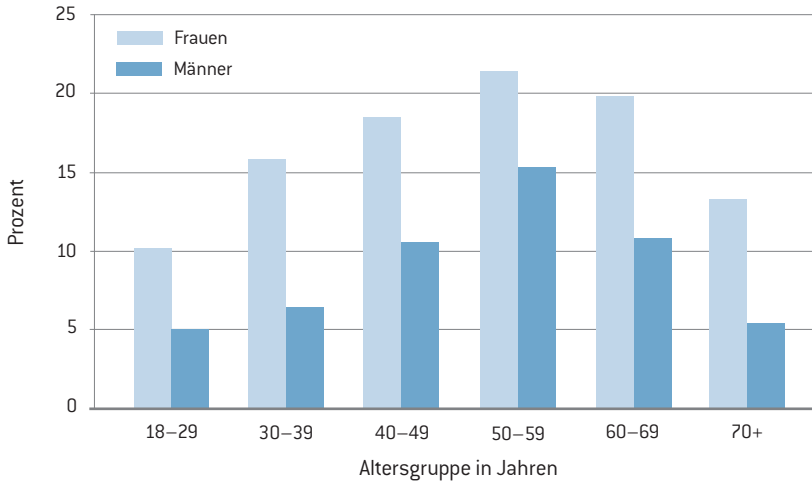


 Abb. 15: Anteil der jemals ärztlich oder therapeutisch festgestellten Depressionen in der Bevölkerung ab 18 Jahren (RKI 2010e, S. 20)

pretiert werden, was jedoch nicht zutrifft.²⁹ Zusätzlich gehen Depressionen in der Altersgruppe häufiger mit anderen Symptomen einher als bei jüngeren Personen, zum Beispiel Gedächtnisstörungen, Schlafstörungen, innere Unruhe und Gereiztheit, was die Diagnose erschwert (Stoppe 2006, zitiert nach RKI 2010e, S. 24). Besonders hoch wird die Prävalenz bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern eingeschätzt. Studien stellten bei bis zu 40 bis 50 % der Bewohnerinnen und Bewohner depressive Symptome und bei 15 bis 20 % schwere Depressionen fest (Ernst und Angst 1995, zitiert nach Weyerer und Bickel 2007, S. 120; vgl. auch Schneekloth und Törne 2009, S. 95). Depressionen treten häufig auch als Begleiterkrankungen nach einem Schlaganfall oder einem Herzinfarkt auf und können auch durch chronische Schmerzen verursacht werden (RKI 2010e, S. 24).

Im GEDA 2009 berichten 7,3 % der Frauen und 3,3 % der Männer ab 65 Jahren, in den vergangenen zwölf Monaten die Diagnose einer Depression erhalten zu haben. In allen Alters- und Bildungsgruppen berichteten Frauen häufiger von diagnostizierten Depressionen (RKI 2011a, S. 76; siehe Tabelle 38 im Anhang).

Depressionen werden mit zunehmendem Alter häufiger medikamentös behandelt. Bei der Behandlung depressiver Älterer wurde bei der Auswertung von Krankenkassendaten eine Unterversorgung sowohl im Bereich der Psychotherapie als auch der Pharmakotherapie festgestellt (Grobe et al. 2006, zitiert nach RKI 2010e, S. 24).

Schätzungen zufolge versterben 15 % aller Menschen mit schweren depressiven Störungen durch Suizid. Circa 40 bis 70 % aller Selbsttötungen gehen auf eine Depression zurück (RKI 2006, zitiert nach

²⁹ Psychisches Wohlbefinden steigt mit zunehmendem Alter trotz objektiver Einschränkungen an (Stoppe 2008, zitiert nach RKI 2010e, S. 23).

RKI 2011a, S. 76]. Männer nehmen sich dreimal häufiger das Leben als Frauen. Im Alter sinkt zwar die Anzahl der Suizidversuche, nicht aber die Zahl der vollzogenen Suizide: In der Altersgruppe der über 75-Jährigen ist sie im Vergleich aller Altersgruppen am höchsten [Stoppe 2006, Wilk et al. 2007, zitiert nach RKI 2010e, S. 25]. Auch eine durch Depressionen bedingte Rückzugsneigung ins Bett, Appetitlosigkeit oder zu geringe Flüssigkeitsaufnahme können bei älteren Menschen schnell lebensbedrohlich werden [RKI 2010e, S. 25].

Demenz

Demenzen zählen zu den häufigsten psychiatrischen Krankheiten bei älteren Menschen [RKI 2005a, S. 7]. Demenz ist ein Syndrom, das auf eine meist chronische oder fortschreitende Krankheit des Gehirns mit Störungen vieler höherer kortikaler Funktionen – einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen – zurückzuführen ist [Dilling et al. 1993, zitiert nach RKI 2005a, S. 7].

Unter dem Begriff Demenz werden folgende Krankheitsbilder zusammengefasst:

- degenerative Demenzen (zum Beispiel Alzheimerdemenz),
- vaskuläre Demenzen (Multiinfarktdemenz),

- nutritiv-toxisch oder metabolisch verursachte Demenzen (zum Beispiel Alkoholdemenz),
- entzündlich bedingte oder übertragbare Erkrankungen, die zur Demenz führen können (zum Beispiel Aidsdemenz),
- durch Schädel-Hirn-Trauma bedingte Demenzen [Förstl et al. 2003, zitiert nach RKI 2005a, S. 8].

Auf die Alzheimerkrankheit entfällt mit circa zwei Dritteln der weitaus größte Teil der auftretenden Demenzen. 15 bis 20% sind vaskuläre, also gefäßbedingte Demenzen [RKI 2005a, S. 8 f.]. Auch eine Erkrankung an Morbus Parkinson kann zu Demenz führen.³⁰ Alter ist der wichtigste Risikofaktor für Prävalenz und Inzidenz der Demenz, insbesondere der Alzheimerdemenz [ebd., S. 10]. Je nach Datenbasis wird davon ausgegangen, dass von den 65- bis 69-Jährigen circa 1 bis 1,5% an Demenzen erkranken; die Prävalenz nimmt mit dem Alter zu und erreicht bei den ab 90-Jährigen bis zu 30% (zum Beispiel Bickel 2005, zitiert nach RKI 2005a, S. 11). Frauen erkranken in den Alterskohorten der 65- bis 74-Jährigen geringfügig seltener an Demenz als Männer, erst in den höheren Altersgruppen steigt der Frauenanteil [Ziegler und Doblhammer 2009].

Demenzen sind der häufigste Grund für eine Heimaufnahme, der Anteil von an Demenz erkrankten

	Westdeutschland		Ostdeutschland		Gesamt	
Alter	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
65–69	1,3	1,5	1,4	1,6	1,3	1,5
70–74	3,0	3,2	3,1	3,0	3,1	3,2
75–79	6,9	5,6	6,8	5,5	6,8	5,6

Tab. 39: Demenzprävalenz nach Alter, Geschlecht und Region [in Prozent] [Ziegler und Doblhammer 2009, eigene Darstellung]

30 Durchschnittlich 40 %, bei zunehmender Krankheitsdauer entwickeln 80 % der Morbus-Parkinson-Patientinnen und -Patienten eine Demenz [Weindl 2011, S. 124].

Heimbewohnerinnen und -bewohnern hat in den letzten Jahrzehnten zugenommen. Rund 60 % von ihnen sind derzeit von Demenz betroffen. Fast die Hälfte der Pflegebedürftigen in Privathaushalten leidet unter einer Demenz, der Anteil der Betroffenen steigt mit zunehmender Pflegestufe stark an (RKI 2005a, S. 7). Besonders schwierig wird die Situation von Menschen mit Migrationshintergrund eingeschätzt, die an demenziellen Erkrankungen leiden. Angehörige und Erkrankte suchen seltener Unterstützungs- und Beratungsangebote auf und erhalten seltener professionelle Unterstützung (Jonas 2007).

04.5 Lebenserwartung und Mortalität

Ein 65-jähriger Mann hat in den Jahren 2008 bis 2010³¹ eine fernere Lebenserwartung von mehr als 17 Jahren, ein 75-Jähriger von über zehn und ein 80-Jähriger von fast acht Jahren. Die fernere Lebenserwartung der Frauen übertrifft die der Männer in allen betrachteten Altersgruppen. Eine 65-jährige Frau hat statistisch gesehen noch mehr als 20 Jahre zu leben, eine 75-jährige Frau über zwölf Jahre und eine 80-Jährige rund neun Jahre (vgl. Tabelle 40) (Statistisches Bundesamt 2011k, zitiert nach www.gbe-bund.de).

Alter im Jahr 2008/2010	Lebenserwartung Männer	Lebenserwartung Frauen
65 Jahre	17,33	20,56
70 Jahre	13,74	16,41
75 Jahre	10,47	12,49
80 Jahre	7,71	9,06

Tab. 40: Durchschnittliche fernere Lebenserwartung in Jahren (2008/2010) (Statistisches Bundesamt 2011k, zitiert nach www.gbe-bund.de)

Im Jahr 2010 beträgt die mittlere Lebenserwartung³² von Frauen 82,44 Jahre, die von Männern 77,16 Jahre (RKI 2011d, S. 16). In Gesamtdeutschland liegt die mittlere Lebenserwartung der Frauen 5,2 Jahre über derjenigen der Männer (Zeitraum 2006/2008). Mit steigendem Alter nimmt die unterschiedliche Lebenserwartung der Geschlechter jedoch ab: Im Alter ab 65 Jahren haben Frauen nur noch eine 3,3 Jahre höhere Lebenserwartung (ebd., S. 15). Die Lebenserwartung hängt mit dem sozio-ökonomischen Status zusammen: Bei Frauen aus der Armutsrisikogruppe (60 % des mittleren Einkommens) liegt die mittlere Lebenserwartung bei Geburt rund acht Jahre unter der von Frauen aus hohen Einkommensgruppen. Diese Differenz beträgt bei Männern sogar elf Jahre (RKI 2010c). Ost-West-Unterschiede hinsichtlich der Lebenserwartung sind in der Altersgruppe über 65 Jahre fast ausgeglichen (RKI 2011d, S. 11).

Erwartungsgemäß nimmt die Zahl der Todesfälle pro Jahr mit dem Alter zu. In der betrachteten Alters-

31 Die Lebenserwartung wird vom Statistischen Bundesamt im Dreijahresdurchschnitt errechnet, die aktuellsten Zahlen beziehen sich auf die Jahre 2008 bis 2010.
32 Das mittlere Sterbealter errechnet sich aus der Anzahl der Gestorbenen nach Sterbealter. 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 zum Beispiel entsprechend für die 65-Jährigen.« (RKI 2011d, S. 7 f.).

Todesursache	Sterbefälle insgesamt (alle Altersgruppen)	65–69 Jahre Fälle pro 100.000 Einwohner/-innen	70–74 Jahre Fälle pro 100.000 Einwohner/-innen	75–79 Jahre Fälle pro 100.000 Einwohner/-innen
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	352.689	369	672	1.436
Neubildungen (C00–D48)	225.141	597	800	1.124
Krankheiten des Atmungssystems	60.515	92	154	301
Krankheiten des Verdauungssystems	42.684	77	105	167

Tab. 41: Häufigste Todesursachen: Sterbefälle in absoluten Zahlen (gerundet) (Statistisches Bundesamt 2011), zitiert nach www.gbe-bund.de

gruppe ist der Anteil der verstorbenen Männer höher. Dies kehrt sich, bedingt durch die höhere Lebenserwartung der Frauen, erst ab dem Alter von 80 Jahren um. Die Anzahl der Verstorbenen pro 100.000 Einwohner/-innen wird als Sterbeziffer bezeichnet. Im Jahr 2010 gab es circa 1.364 Sterbefälle je 100.000 Einwohner/-innen bei den 65- bis unter 70-Jährigen, circa 2.083 Sterbefälle bei den 70- bis unter 75-Jährigen und 3.694 bei den 75- bis unter 80-Jährigen (Statistisches Bundesamt 2011). Häufigste Todesursache in der Altersgruppe der 65- bis unter 70-Jährigen sind Neubildungen (Krebs), gefolgt von Kreislauferkrankungen (circa 369 von 100.000) (Statistisches Bundesamt 2011). In der Altersgruppe der 70- bis unter 75-Jährigen sterben 800 von 100.000 Personen an Krebs und 672 von 100.000 an Kreislauferkrankungen (vgl. Tabelle 41). Männer, die an

Neubildungen versterben, sind vor allem von Lungen-, Darm- und Prostatakrebs betroffen, Frauen von Brust-, Darm- und Lungenkrebs sowie Krebs der weiblichen Genitalorgane (RKI 2011d, S. 39).

Erst in der Altersgruppe der 75- bis unter 80-Jährigen sterben mehr Menschen an Erkrankungen des Kreislaufsystems als an Krebs (circa 1.436 von 100.000 Einwohner/-innen sterben an Kreislauferkrankungen, circa 1.124 von 100.000 sterben an Krebs). Diese Verschiebung bei den Todesursachen ist unabhängig von Geschlecht, Wohnort oder Migrationshintergrund. Im höheren Alter (80–85 Jahre) sterben sogar fast doppelt so viele Menschen an Kreislauferkrankungen als an Krebs³³ (Statistisches Bundesamt 2011, zitiert nach www.gbe-bund.de).

Bei Betrachtung der Todesursachen der 75- bis 80-Jährigen folgen im weiten Abstand Krankheiten

³³ Ein Problem bei der Erfassung von Todesursachen ist, dass häufig nur eine Todesursache erfasst und Multimorbidität nicht berücksichtigt wird (RKI 2011d, S. 27).

des Atmungssystems (300,5 von 100.000), des Verdauungssystems (167,3) und endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (zum Beispiel Diabetes) (130,0 von 100.000), die in den jüngeren Altersgruppen eine geringere Rolle spielen.

Etwa 44 von 100.000 Einwohner/-innen im Alter zwischen 65 und 69 Jahren sterben an Verletzungen, Vergiftungen und anderen Folgen äußerer Ursachen; in den höheren Altersgruppen nimmt die Bedeutung dieser Todesursachen zu (70–74 Jahre: circa 58 Fälle, 75–80 Jahre: circa 96 Fälle pro 100.000 Einwohner/-innen) (Statistisches Bundesamt 2011I, zitiert nach www.gbe-bund.de).

Insgesamt verursachen Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems zwei Drittel aller Sterbefälle in der betrachteten Altersgruppe. Während Männer insgesamt häufiger an Neubildungen versterben, sterben Frauen öfter an Kreislauferkrankungen (RKI 2011d, S. 29).

04.6 Gesundheitsverhalten und Risiken

Die Einschätzung des Gesundheitsverhaltens im Alter variiert je nach Fragestellung und Untersuchungsansatz. So stellt das Robert Koch-Institut fest, dass eine gesunde Lebensweise mit dem Alter und dem sozialen Status zusammenhängt (RKI, 2011e, S. 4). Bei Frauen ist dieser Zusammenhang stärker ausgeprägt als bei Männern.

In der telefonischen Umfrage zur Gesundheit GEDA 2009 wurde auch nach dem Gesundheitsverhalten gefragt. Die Lebensweise wird dabei durch fünf Lebensstilfaktoren erfasst. Als gesunde Lebensweise

gilt, wenn wenigstens vier der fünf Lebensstilfaktoren positiv beantwortet werden.

Die fünf Faktoren sind:

1. Kein riskanter Alkoholkonsum
2. Nichtrauchen
3. Gesundes Gewicht
4. Sportliche Aktivität
5. Obst- und Gemüsekonsum (ebd., S. 3).

Die Ergebnisse belegen eine Abnahme der so verstandenen gesunden Lebensweise im Alter, die allerdings bei Frauen weniger ausgeprägt ist (ebd., S. 4). Im Alter ab 65 reduziert sich der Anteil der Menschen, die einen gesunden Lebensstil pflegen von 22 % auf 14 % bei Frauen und von 19 % auf 9 % bei Männern. Im Alter ab 70 geht der Anteil weiter auf 10 % zurück. Bei der Bewertung dieser Zahlen ist jedoch zu berücksichtigen, dass sportliche Aktivität mit dem Alter abnimmt, möglicherweise aufgrund eingeschränkter Beweglichkeit (vgl. Menning 2006, S. 20), und darüber hinaus auch ein »gesundes Gewicht« in der Altersgruppe weniger häufig ist, sodass es für die höhere Altersgruppe schon allein deswegen schwieriger ist, vier der Lebensstilanforderungen zu erfüllen. Wird dagegen nach dem Gesundheitsbewusstsein gefragt, das mit der Frage: *Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?* erfasst wird, zeigt sich eine tendenzielle Zunahme bis zur Altersgruppe von 60 bis 69 Jahren (vgl. Menning 2006, S. 16). 55,5 % der Frauen im Alter zwischen 60 und 69 Jahren und 52,3 % der über 70-Jährigen geben an, sehr stark auf ihre Gesundheit zu achten, während es in den jüngeren Altersgruppen unter 50 % sind. Stärker als bei den Frauen ist der altersabhängige Anstieg des Gesundheitsbewusstseins bei den Männern, hier geben 53 % der 60- bis 69-Jährigen und 57,2 % der über 70-Jährigen an, sehr stark oder stark auf ihre Gesundheit zu achten, während es in den jüngeren Altersgruppen zwischen 38,4 % (18–29 Jahre) und 44,1 % (50–59 Jahre) sind.

Sport

Körperliche Aktivität schützt vor zahlreichen chronischen Erkrankungen (etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Sie wirkt vorbeugend beim altersabhängigen Rückgang der Muskelmasse, bei Osteoporose und Stürzen (Wurm, Schöllgen und Tesch-Römer 2010, S. 109).

Im Deutschen Alterssurvey 2008 wird nach der sportlichen Aktivität³⁴ gefragt. Während in der Altersgruppe der 55- bis unter 69-Jährigen noch 53 % ein- oder mehrmals wöchentlich sportlich aktiv sind, sind es bei den 70- bis unter 85-Jährigen nur noch 36 %. Menschen mit niedriger Bildung geben weniger sportliche Aktivitäten an als Personen mit hoher Bildung: 81 % der Befragten in der Altersgruppe der 70- bis unter 85-Jährigen mit niedriger Bildung antworteten, seltener als einmal die Woche oder nie sportlich aktiv zu sein, bei den höher Gebildeten sind es nur 47 % (Wurm, Schöllgen und Tesch-Römer 2010, S. 110 f.).

Im Verlauf der drei Befragungswellen des Alterssurveys (1996, 2002, 2008) zeigt sich in allen Altersgruppen bis zum Alter von 76 Jahren ein Anstieg des Anteils sportlich aktiver Menschen, und zwar in allen Bildungsgruppen, bei beiden Geschlechtern und sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern (vgl. Abbildung 41 im Anhang). In der Altersgruppe der 76- bis unter 81-Jährigen hat sich der Anteil sportlich aktiver Menschen in den vergangenen zwölf Jahren kaum verändert. Eine mögliche Erklärung ist, dass diese Altersgruppe gesundheitlich zu beeinträchtigt ist, um sportliche Aktivitäten regelmäßig ausführen zu können (ebd., S. 113). Deswegen wird statt der sportlichen Aktivität auch gern die körperliche Aktivität erfragt. Diese umfasst jede Bewegung, die durch die Skelettmuskulatur produ-

ziert wird (RKI 2011a, S. 103), und damit nicht nur im engeren Sinne sportliche Aktivitäten, sondern zum Beispiel auch Gartenarbeit. Im GEDA 2009 wird nach der Anzahl der Wochentage gefragt, an denen die Befragten körperlich so aktiv sind, dass sie ins Schwitzen oder außer Atem geraten, sowie nach der Dauer der Aktivität (RKI 2011, S. 103). Mehr als 2,5 Stunden pro Woche körperlich aktiv waren 34,7 % der Männer und 27,2 % der Frauen ab 65 Jahren (ebd., S. 104). Da bei der körperlichen Aktivität ein anderer Zeitrahmen erfasst wurde als bei sportlicher Aktivität, sind diese Daten jedoch nicht vergleichbar.

Ernährungsverhalten

In der untersuchten Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen ist Kochen vor allem Frauensache: Knapp drei Viertel der Frauen dieser Altersgruppe – jedoch nur ein Viertel der Männer – geben an, dass sie sehr gut oder gut kochen können. Mehr als die Hälfte der Männer sagt dagegen von sich, wenig oder nicht gut kochen bzw. überhaupt nicht kochen zu können, dies tun jedoch nur 1,9 % der Frauen (Max Rubner-Institut 2008a, S. 107).

Die Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE 2009) für die tägliche Energiezufuhr beträgt für einen Mann im Alter zwischen 65 und 80 Jahren³⁵ 2.300 kcal/Tag. Im Durchschnitt nehmen Männer 2.191 kcal/Tag auf, allerdings nehmen 38,5 % der Männer mehr Kilokalorien zu sich, als sie benötigen.

Bei Frauen dieser Altersgruppe liegt die DGE-Empfehlung bei 1.800 kcal/Tag. Durchschnittlich nehmen sie 1.753 kcal/Tag zu sich, wobei sich 42,8 % der Frauen mehr Kilokalorien als nötig zuführen (Max Rubner-Institut 2008b, S. 236). 50 % der Energiezufuhr sollte

34 Gefragt wurde, ob und wie häufig sportlichen Aktivitäten nachgegangen wird, zum Beispiel Schwimmen, Gymnastik, Ballspiele, Wandern.

35 In dieser Altersgruppeneinteilung werden die 80-Jährigen eingeschlossen.

durch Kohlenhydrate abgedeckt werden. In der Altersgruppe der 65- bis 80-Jährigen erreichen 76,2 % der Männer und 59,6 % der Frauen diesen Richtwert nicht (ebd., S. 238). 67,3 % der Männer und 73,1 % der Frauen erreichen die empfohlene Zufuhr von Ballaststoffen (30 g/Tag) nicht (ebd., S. 239). Maximal 30 % der täglich aufgenommenen Energie sollten durch Fett abgedeckt werden. Diesen Referenzwert überschreiten 79,3 % der Männer und 78,3 % der Frauen (ebd., S. 241). 51,7 % der Männer und 27 % der Frauen überschreiten den Referenzwert für die tägliche Cholesterinzufuhr (300 mg/Tag) (ebd., S. 242). Vitamin D spielt eine große Rolle im Bereich der Knochengesundheit, Osteoporoseprävention und Sturzprophylaxe (DGE 2011, S. 13 f.; DGE et al. 2012, S. 83). In Untersuchungen wird häufig eine Unterversorgung von Vitamin D, vor allem bei älteren Menschen, festgestellt (Max Rubner-Institut 2008b, S. 248).

Fettstoffwechselstörungen, manifestiert in einem erhöhten Cholesterin- oder Triglyzeridenspiegel (Blutfette), nehmen mit steigendem Alter deutlich zu (RKI 2011a, S. 86). 43,9 % der Frauen und 35,5 % der Männer ab dem Alter von 65 Jahren geben an, dass in den vergangenen zwölf Monaten erhöhte Blutfettwerte bei ihnen festgestellt wurden (der Durchschnitt über alle Altersgruppen und Geschlechter beträgt 20,8 %). Fettstoffwechselstörungen erhöhen, ebenso wie Rauchen, das Herzinfarktrisiko (Yusuf 2004, zitiert nach RKI 2011a, S. 85). Eine Senkung des Cholesterinspiegels wird durch körperliche Aktivität, Gewichtsreduzierung und Ernährungsumstellung begünstigt (RKI 2011a, S. 85).

Obst und Gemüse zu essen gilt als vorbeugender Faktor für zahlreiche Krankheiten. Der WHO zufolge hat Obst- und Gemüseverzehr eine schützende Wir-

kung bezüglich koronarer Herzkrankheiten, Bluthochdruck und Schlaganfall. Auch hinsichtlich verschiedener Krebsarten (zum Beispiel in Mundhöhle, Rachen, Magen, Dickdarm) gilt ein vorbeugender Effekt als wahrscheinlich (WHO [FAO 2003], zitiert nach RKI 2011f, S. 2).

Im GEDA 2009 wird deshalb gefragt: *Wie oft essen Sie Obst? (Jeden Tag, mindestens einmal pro Woche, seltener als einmal pro Woche, nie)*. Dabei zeigt sich, dass der Obstkonsum mit dem Alter bei beiden Geschlechtern im Vergleich zu dem jüngerer Menschen ansteigt: 71,5 % der Männer ab 65 Jahren und 83,4 % der Frauen ab 65 Jahren nehmen täglich Obst zu sich.³⁶ Von höher gebildeten Männern und Frauen dieser Altersgruppe wird häufiger täglich Obst konsumiert als in den unteren Bildungsgruppen gleichen Alters (RKI 2011a, S. 110).

Gemüse³⁷ wird insgesamt und auch in der Altersgruppe der Menschen über 65 Jahre seltener als Obst täglich verzehrt. 40,6 % der Männer und 54,4 % der Frauen nehmen täglich Gemüse zu sich. Bei den Männern steigt der Gemüseverzehr mit zunehmendem Alter an und erreicht in der Altersgruppe ab 65 Jahren den höchsten Wert. Frauen konsumieren in allen Altersgruppen mehr Gemüse als Männer (RKI 2011a, S. 109).

Übergewicht und Adipositas

Übergewicht ist ein Risikofaktor für viele Erkrankungen, zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems. In der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird bei Erwachsenen unabhängig vom Alter zwischen Untergewicht (BMI³⁸ < 18,5), Normalgewicht (18,5–24,9), Über-

36 Im Durchschnitt über alle Altersgruppen und beide Geschlechter sind es 62,3 % der Befragten, die täglich Obst zu sich nehmen.

37 Kartoffeln gelten bei dieser Erhebung nicht als Gemüse.

38 BMI: Body-Mass-Index: Gewicht (kg)/Körpergröße im Quadrat.

Geschlecht	Alter	Durchschnitt	Unter 18,5	18,5 bis unter 25	25 bis unter 30	30 und mehr
Männlich	65 bis < 70 Jahre	27,4	0,3	26,8	51,6	21,3
	70 bis < 75 Jahre	27,4	0,3	25,8	52,9	21,0
	75 Jahre +	26,5	0,8	34,0	49,7	15,5
Weiblich	65 bis < 70 Jahre	26,4	1,6	40,5	38,3	19,7
	70 bis < 75 Jahre	26,8	1,3	36,1	40,9	21,6
	75 Jahre +	25,9	2,8	42,4	38,2	16,6

Tab. 43: Verteilung der Bevölkerung auf Body-Mass-Index-Gruppen, 2009 (in Prozent) [Mikrozensus 2011b: Fragen zur Gesundheit 2009, zitiert nach www.gbe-bund.de]

gewicht (25,0–29,9) sowie Adipositas Grad I (30,0–34,9), Grad II (35,0–39,9) und Grad III (≥ 40) unterschieden. Unter Berücksichtigung des Alters ergeben sich jedoch differenziertere Werte, hier liegt der empfohlene BMI für über 65-jährige Personen bei 24 bis 29. In der Tabelle 42 im Anhang sind die durchschnittliche Größe und das durchschnittliche Gewicht nach Geschlecht und Altersgruppen unterteilt dargestellt. Die obige Empfehlung überschreiten demnach circa jeder fünfte Mann und jede fünfte Frau im Alter zwischen 65 und 75 Jahren. In der Altersgruppe ab 75 Jahren ist es ungefähr jede sechste Person (vgl. Tabelle 43).

Menschen mit geringerer Bildung weisen eine höhere Adipositasprävalenz auf als Menschen mit höherer Bildung: So ist in der Altersgruppe über 65 Jahre ein gutes Viertel (26,4 %) der unteren Bildungsgruppe, aber nur 14,3 % der oberen Bildungsgruppe adipös. Dabei ist der Anteil Übergewichtiger in Ostdeutschland in allen Bildungsgruppen höher als in Westdeutschland (RKI 2009c, zitiert nach www.gbe-bund.de).

Bei Männern mit Migrationshintergrund unterscheidet sich der Anteil Übergewichtiger (BMI gleich/über 30) nicht von dem der Männer mit deutscher Staatsangehörigkeit. Bei den Frauen mit Migrations-

hintergrund ist der Anteil stark Übergewichtiger in der Altersgruppe der 65- bis unter 75-Jährigen jedoch höher als bei den deutschen Frauen. Dieser Unterschied zeigt sich im Alter über 75 Jahren aber nicht mehr (RKI 2008, S. 52 f.).

» 04.7 Sucht im Alter

Im Folgenden werden Erkenntnisse zum Konsum von Tabak, Alkohol und Tabletten in der Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen betrachtet. Der Konsum von illegalen Suchtmitteln spielt im Alter keine große Rolle und wird gegenwärtig als nicht verbreitet angesehen (DHS 2011, S. 6). Allerdings werden Daten zu illegalen Suchtmitteln nur bis zum Alter von 64 Jahren erfasst, zum Beispiel im epidemiologischen Suchtsurvey des Bundesministeriums für Gesundheit (Kraus und Papst 2010). Da der Suchtsurvey auch Daten zum Alkohol und Tablettenkonsum erfasst und darüber hinaus ein Anstieg von Sucht-

kranken und Konsumierenden illegaler Drogen mit dem Alterwerden der Nachkriegsgeneration zu erwarten ist (zum Beispiel Geyer 2009, S. 341), erscheint eine Ausweitung der Erhebungen auf die Altersgruppe über 64 Jahre sinnvoll.

Tabak

In der Altersgruppe ab 65 Jahren (das heißt einschließlich aller Menschen über 80 Jahren) ist der Anteil der aktuell Rauchenden geringer als in den jüngeren Altersgruppen. Im Alter ab 65 Jahren rauchen 13,7 % der Männer und 8,7 % der Frauen täglich oder gelegentlich. Rund die Hälfte der Männer und knapp ein Fünftel der Frauen sind ehemalige Raucherinnen bzw. Raucher und 36,6 % der Männer und 73,1 % der Frauen haben nie geraucht. Männer mit geringerer Bildung rauchen in allen Altersgruppen häufiger. Bei den Frauen im Alter ab 65 Jahren zeigen sich keine Bildungsunterschiede (RKI 2011a, S. 118; siehe Abbildung 16 im Anhang).

Ein Vergleich der Mikrozensusdaten von 2005 für Deutsche und Nichtdeutsche der Altersgruppe ab 65 Jahren zeigt, dass der Anteil männlicher Raucher bei den Nichtdeutschen (Personen, die keine deutsche Staatsangehörigkeit haben) bei 17,4 % und damit über dem der deutschen Männer liegt. Der Anteil der rauchenden deutschen und nichtdeutschen Frauen ist vergleichbar (RKI 2008, S. 56).

Alkohol

Der Alkoholkonsum nimmt in der Altersgruppe ab 65 Jahren im Vergleich zu den jüngeren Kohorten ab; differenzierte Daten zu den verschiedenen Altersgruppen über 65 Jahren liegen nicht vor. Im Durchschnitt über alle Altersgruppen beträgt der Anteil der Nie-Trinker bei den Frauen fast ein Viertel und bei den Männern 12,9 %. Der Anteil der Befragten mit gesundheitsschädigendem Konsum (Risikokonsum) beträgt bei den Frauen insgesamt 21,5 % und bei den Männern 33,8 %. Der Anteil der Personen, die nie trin-

ken, ist in der Altersgruppe ab 65 Jahren durchschnittlich höher. Der Anteil der Älteren mit Risikokonsum ist geringer, aber mit 28,4 % bei den Männern und 17,8 % bei den Frauen immer noch hoch (vgl. Tabelle 44). Zu bedenken ist dabei, dass sich der hier verwendete Grenzwert für einen risikoarmen Konsum auf gesunde Erwachsene bezieht. Für ältere Menschen ist ein Grenzwert schwieriger zu bestimmen, da der Gesundheitszustand und weitere Faktoren einen Einfluss auf die Verträglichkeit von Alkohol haben (DHS 2011, S. 22). Alkohol wird von Älteren häufig weniger gut vertragen und langsamer abgebaut. Auffällig ist, dass der Risikokonsum in den oberen Bildungsgruppen höher ist, während in den unteren Bildungsgruppen der Anteil der Nie-Trinker besonders hoch ist (RKI 2011a, S. 122).

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) vermutet, dass alkoholbedingte Störungen (Alkoholabhängigkeit und -missbrauch) bei älteren Menschen seltener sind als bei jüngeren (DHS 2011, S. 23). Zum einen steigt mit dem höheren Alter die Zahl derjenigen, die ihre Alkoholabhängigkeit bzw. ihren -missbrauch überwinden, u. a. aufgrund der geringeren Verträglichkeit von Alkohol im Alter. Außerdem erreichen schwer alkoholabhängige Menschen häufig nicht das 65. Lebensjahr. Die DHS prognostiziert jedoch aufgrund des demografischen Wandels auch einen Anstieg Älterer mit Alkoholproblemen und – verbunden mit veränderten Alkoholkonsumgewohnheiten der Frauen des Jahrgangs 1945 und jünger – einen steigenden Anteil betroffener Frauen (ebd., S. 23 f.). Ein problematischer Umgang mit Alkohol im Alter lässt sich auch an der Zahl der Krankenhausaufenthalte aufgrund von Alkoholintoxikationen erkennen, die in den vergangenen zehn Jahren deutlich angestiegen ist (Statistisches Bundesamt 2011v).

Folgeschäden von Alkoholkonsum im Alter können häusliche Unfälle, zum Beispiel Stürze, verminderte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, Voralte-

	Nie-Trinker	Moderat	Risikokonsum*
<i>Männer gesamt</i>	15,7	55,9	28,4
Untere Bildungsgruppe	24,0	54,7	21,3
Mittlere Bildungsgruppe	15,9	55,5	28,6
Obere Bildungsgruppe	10,5	57,5	32,0
<i>Frauen gesamt</i>	34,5	47,7	17,8
Untere Bildungsgruppe	40,9	44,4	14,7
Mittlere Bildungsgruppe	29,3	50,9	19,8
Obere Bildungsgruppe	21,6	51,3	27,1

* Die Einschätzung des gesundheitsschädigenden Alkoholkonsums erfolgte durch den aus drei Fragen bestehenden Alcohol Use Disorder Identification Test Consumption [AUDIT-C]: 1. Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk, also zum Beispiel ein Glas Wein, Bier, Mixgetränke, Schnaps oder Likör, zu sich? (Antwortvorgaben: nie; einmal pro Monat oder seltener; 2- bis 4-mal im Monat; 2- bis 3-mal die Woche; 4-mal die Woche oder öfter). 2. Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag? (Antwortvorgaben: 1 bis 2; 3 bis 4; 5 bis 6; 7 bis 9; 10). 3. Wie oft trinken Sie sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit, zum Beispiel beim Abendessen oder auf einer Party? (Antwortvorgaben: nie; seltener als einmal im Monat; jeden Monat; jede Woche; jeden Tag oder fast jeden Tag). Die Antworten wurden aufsteigend mit 0 bis 4 Punkten gewertet, und es wurde ein Wert zwischen 0 und maximal 12 Punkten errechnet. Ein Wert von ≥ 4 bei Frauen und ≥ 5 bei Männern gilt als Risikokonsum (RKI 2011a, S. 121).

Tab. 44: Alkoholkonsum von Männern und Frauen ab 65 Jahren (in Prozent) (RKI 2011a, S. 122, eigene Darstellung)

nung der Organe, Krankheiten der Leber, hirnorganische Schäden und Krebserkrankungen (zum Beispiel Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Enddarm) sein. Ein weiteres Problem sind unkalkulierbare Wechselwirkungen mit Medikamenten (ebd., S. 25).

» 04.8

Pharmakotherapie
(Medikamentenverordnung)

Die Menge der verordneten Medikamente steigt in der betrachteten Altersgruppe stark an. Insgesamt zwei Drittel aller verordneten Tagesdosen werden Patientinnen und Patienten im Alter von über 60 Jahren verschrieben. Menschen in Alten- und Pflegeheimen

erhalten deutlich mehr Medikamente als Personen in Privathaushalten (DHS 2011, S. 38 f.).

Im Jahr 2009 erhielten Menschen im Alter zwischen 65 bis unter 70 Jahren 1.058,8 Tagesdosen je Versicherte(n) pro Jahr verschrieben (circa 2,9 pro Tag), 70- bis unter 75-Jährige 1.213,1 (circa 3,3 pro Tag) und 75- bis unter 80-Jährige 1.429,7 (circa 3,9 pro Tag) (definierte Tagesdosen [DDD] je Versicherter bzw. Versichertem in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2009 nach Arzneimittelgruppen; Coca und Nink 2010, S. 938 f.). Im Durchschnitt (alle Altersgruppen) werden 487,6 definierte Tagesdosen je Versicherte(n) pro Jahr verschrieben.

In der Berliner OMAHA-Studie wird der Medikamentenkonsum der über 65-Jährigen erfasst. Demnach zeigt sich, dass 36,2 % der 65- bis unter 70-Jährigen mehr als vier ärztlich verordnete Medikamente gleichzeitig einnehmen. Der Anteil steigt mit zunehmenden Alter stark an: Von den über 70-Jährigen konsumieren zwei Drittel (65,9 %) mehr als vier ver-

schriebene Arzneimittel. Es werden keine signifikanten Bildungs- und Geschlechtsunterschiede festgestellt [Knopf et al. 2011]. Verlässliche Zahlen zur Einnahme nicht ärztlich verordneter Medikamente liegen nicht vor. Das Risiko unerwünschter Neben- und Wechselwirkungen steigt mit der Zahl der verschiedenen eingenommenen Medikamente stark an.

Entsprechend der Verbreitung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen werden am häufigsten blutdrucksenkende Mittel (Angiotensinhemmstoffe), Betarezeptorenblocker und Calciumantagonisten verschrieben [Coca und Nink 2010, S. 938 f.].

Ab einem Alter von 65 Jahren steigt der Anteil älterer Menschen mit Verordnungen von Schlafmitteln (Hypnotika, zum Beispiel Benzodiazepine) kontinuierlich an, und zwar bei den Frauen stärker als bei Männern [Glaeske 2011, S. 89 f.]. Das Abhängigkeitspotenzial und die Nebenwirkungen dieser Mittel sind hoch, wobei deren Nutzen, vor allem bei langfristiger Einnahme, umstritten ist (ebd.).

Veränderungen der Pharmakokinetik und -dynamik (Aufnahme, Abbau von Medikamenten etc.) im Alter führen häufig zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen. In der von Expertinnen und Experten entwickelten Priscus-Liste werden die Arzneimittel aufgeführt, die als ungeeignet für ältere Menschen angesehen werden, da sie mit höheren Risiken (Hospitalisierung, Stürze) verbunden sind [Holt, Schmiedl und Thürmann 2010].

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

Epidemiologische Untersuchungen zum Substanzkonsum im Rahmen des Suchtsurveys des Instituts für Therapieforschung (IFT) erheben nur den Konsum von Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jah-

ren. Dadurch fehlt es an aussagekräftigen Untersuchungen bezüglich der über 65-Jährigen, und es kommt zu einer Unterschätzung des problematischen Medikamentenkonsums im Alter [Glaeske 2011, S. 90 f.]. Bekannt ist, dass Medikamentenabhängigkeit häufiger Frauen als Männer betrifft [DHS 2011, S. 47]. Insbesondere ein sehr hoher Medikamentenkonsum kann u. a. Stürze, kognitive Defizite, sozialen Rückzug, Gleichgewichtsstörungen und Stimmungsschwankungen verursachen (ebd., S. 52). Zur Verbreitung von Medikamentenkonsum und -abhängigkeit bei Menschen mit Migrationshintergrund liegen keine repräsentativen Daten vor [RKI 2008, S. 56].

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 Allgemeinzustands [Schütz und Wurm 2009, S. 162]. Es geht im Alter also nicht nur um die Vermeidung oder Verschiebung des Auftretens von Krankheiten, sondern auch um den Erhalt und die Wiedergewinnung von Lebensqualität trotz (chronischer) Krankheiten.

Arztbesuche und Teilnahme an Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen

92,3 % der Frauen und 91 % der Männer im Alter ab 65 Jahren geben an, in den vergangenen zwölf Mona-

ten einen Arzt oder eine Ärztin (ohne Zahnmedizin) aufgesucht zu haben. Damit gehen die über 65-Jährigen etwas häufiger als der Durchschnitt (Frauen: 87,8%, Männer: 84,4%) zum Arzt (RKI 2011a, S. 141). Während fast alle Befragten im Alter ab 65 Jahren in den vergangenen zwölf Monaten beim Arzt bzw. einer Ärztin waren, ist die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen vor allem im höheren Alter geringer. In der Altersgruppe der 65- bis unter 70-Jährigen steigt zwar die Bereitschaft, an Früherkennungsuntersuchungen teilzunehmen, im Vergleich zu den vorherigen Altersgruppen an, sie fällt jedoch in den älteren Altersgruppen wieder ab. Gesetzlich Versicherte können ab dem 36. Lebensjahr alle zwei Jahre an Früherkennungsuntersuchungen in ihrer Hausarztpraxis (Gesundheitsuntersuchung »Check up« nach § 25 SGB V, vgl. BMG 2012) teilnehmen.

Während in den jüngeren Altersgruppen Frauen häufiger als Männer zu Früherkennungsuntersuchungen gehen, fallen diese Unterschiede in der betrachteten Altersgruppe nicht mehr auf. In den Altersgruppen der unter 65-Jährigen nehmen weniger Personen Früherkennungsuntersuchungen wahr (zum Beispiel 48,4% der 60- bis unter 65-jährigen Frauen). In der Altersgruppe der 65- bis unter

70-Jährigen ist der Anteil derjenigen, die an dem Gesundheits-Check-up teilnehmen, am größten im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 2010). Immerhin vier von zehn Personen aus der Altersgruppe machen von diesem Angebot keinen Gebrauch, obwohl fast alle in den vergangenen zwölf Monaten bei einer Ärztin oder einem Arzt waren.

Frauen ab 20 können eine jährliche gynäkologische Krebsfrüherkennungsuntersuchung (KFU) sowie (ab 30) eine Brustuntersuchung wahrnehmen. Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren haben alle zwei Jahre Anspruch auf eine Mammografie. Das Brustkrebsrisiko besteht allerdings, wenn auch etwas verringert, jenseits des 70. Lebensjahres fort (Zehn-Jahres-Erkrankungsrisiko ab 60 Jahren: 4,1%, ab 70 Jahren: 3,4%, RKI 2012, S. 66). Das Erkrankungsrisiko für Gebärmutterhals-, Gebärmutterkörper- und Eierstockkrebs ist zwar insgesamt geringer, nimmt aber mit zunehmendem Alter nicht ab (RKI 2012, Krebs in Dt., S. 70).

2010 haben 48,2% der 65- bis unter 70-jährigen Frauen, 34,7% der 70- bis unter 75-jährigen und 23,6% der 75- bis unter 90-jährigen Frauen an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilgenommen (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 2010).

Ab dem Alter von 45 können Männer eine Untersuchung zur Früherkennung von Prostatakrebs in Anspruch nehmen. 36,8% der 65- bis unter 70-Jährigen, ein Drittel (33,7%) der 70- bis unter 75-Jährigen und 31,3% der 75- bis unter 80-Jährigen haben an einer entsprechenden Untersuchung teilgenommen (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 2010). Das Risiko, in den nächsten zehn Jahren an Prostatakrebs zu erkranken, beträgt ab 60 Jahren 4,6% und erhöht sich ab 70 Jahren auf 6,6% (RKI 2012, S. 82). Die Prävalenz für Hodenkrebs nimmt dagegen im höheren Alter stark ab und beträgt ab dem Alter von 50 Jahren nur noch 0,1% (ebd., S. 86).

Alter	Geschlecht	Anteil der Teilnahmen
65–69	Männer	62,6
	Frauen	62,2
70–74	Männer	51,6
	Frauen	51,2
75–79	Männer	48,4
	Frauen	48,1

Tab. 45: Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen: »Check up«, 2009–2010 (zweijähriges Intervall unter Berücksichtigung der Vorjahresteilnahme) (in Prozent) [Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 2010, eigene Darstellung]

Darmkrebs tritt mit zunehmendem Alter häufiger auf. Über die Hälfte der Betroffenen erkrankt im Alter von über 70 Jahren (RKI 2012, S. 36). Zur Früherkennung wird zum einen ein Hämocculttest (Test auf verborgenes Blut im Stuhl – FOBT/Hämoccult) ab dem 51. Lebensjahr für gesetzlich Versicherte jährlich (ab 55 Jahren alle zwei Jahre) von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Zwar ist in der Altersgruppe der 65- bis unter 70-Jährigen der Anteil derjenigen, die einen Hämocculttest durchführen lassen, im Vergleich zu den jüngeren und älteren Altersgruppen am höchsten (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 2010, siehe zweijähriges Intervall), die Teilnahme an dieser Untersuchung nimmt jedoch danach mit zunehmendem Alter tendenziell ab, obwohl das Risiko fortbesteht: In den Jahren 2009 und 2010 haben 35,9 % der 65- bis unter 70-jährigen Männer, 28,7 % der 70- bis unter 75-jährigen und 26,6 % der 75- bis unter 80-jährigen Männer einen Hämocculttest in Anspruch genommen. Bei den Frauen waren es 46,6 % der 65- bis unter 70-Jährigen, ein Drittel (33 %) der 70- bis unter 75-Jährigen und ein gutes Viertel (26,5 %) der 75- bis unter 80-Jährigen (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 2010). Eine weitere Untersuchungsmöglichkeit zur Früherkennung von Darmkrebs ist die Darmspiegelung (Koloskopie). Die Kosten werden ab dem 55. Lebensjahr zweimal im Abstand von zehn Jahren ebenfalls von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Die Koloskopie wurde in den Jahren von 2003 bis 2010 bei einem guten Viertel (26,6 %) der Frauen zwischen 65- bis unter 70 Jahren, einem Fünftel (20,8 %) der 70- bis unter 75-Jährigen und 13,7 % der 75- bis unter 80-Jährigen durchgeführt. Ähnlich verhält es sich bei den Männern: Ein Viertel (24,6 %) der jüngeren Kohorte (65- bis unter 70 Jahre), ein Fünftel (20,9 %) der 70- bis unter 75-jährigen und 15,7 % der 75- bis unter 80-jährigen Männer haben eine Koloskopie durchführen lassen.

Auch der Anteil derjenigen, die am Hautkrebs-Screening teilnehmen, ist in der Altersgruppe der 65- bis unter 70-Jährigen mit 21,8 % bei den Frauen und 23 % bei den Männern im Vergleich zu anderen Altersgruppen am größten (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 2010). Die Erkrankungsraten steigen mit zunehmendem Alter, insbesondere bei den Männern, an (RKI 2012, S. 62). Gerade in den älteren Kohorten nehmen jedoch weniger Personen an den Untersuchungen teil: In der Altersgruppe der 70- bis unter 75-Jährigen sind es 15,8 % der Frauen und 17,9 % der Männer, bei den 75- bis unter 80-Jährigen 13,9 % der Frauen und 16,3 % der Männer (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 2010).

Zahnvorsorge

Die Teilnahme an jährlichen Zahnvorsorgeuntersuchungen ist in der Altersgruppe der Personen ab 65 Jahren geringer als in den jüngeren Altersgruppen. Dennoch nehmen 70,1 % der Frauen und 64,5 % der Männer ab 65 Jahren an Zahnvorsorgeuntersuchungen teil. Dabei zeigen sich Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen: Menschen der unteren Bildungsgruppen nehmen diese Untersuchungen seltener in Anspruch als die der oberen Bildungsgruppen (RKI 2011a, S. 144). Ursachen für den Rückgang des Vorsorgeverhaltens mit zunehmendem Alter liegen vermutlich in einem zunehmenden Verlust der Zähne und einer damit verbundenen Einstellungsveränderung bezüglich des Vorsorgebedarfs (Born et al. 2006, zitiert nach RKI 2011a, S. 143). Die zahnärztliche Untersuchung dient jedoch auch der Förderung der Mundgesundheit und sollte deswegen auch bei Zahnverlust in Anspruch genommen werden (ebd.).

Gripeschutzimpfung

Die STIKO (Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut) empfiehlt Menschen im Alter von über 60 Jahren, sich jährlich gegen saisonale Influenza

(Grippe) impfen zu lassen (RKI 2011a, S. 134). In der Wintersaison 2007/2008 haben sich 61,1 % der Menschen über 64 Jahren impfen lassen. Dies ist eine doppelt so hohe Impfquote wie im Durchschnitt aller Altersgruppen, die sich nur zu 31 % impfen lassen. In Ostdeutschland lassen sich drei Viertel der Menschen über 65 Jahre impfen, damit liegt hier die Impfquote deutlich höher als mit 57,2 % in den westdeutschen Ländern (RKI 2010 f., zitiert nach www.gbe-bund.de).

Tetanus

Der Anteil der Personen, die über einen ausreichenden Impfschutz gegen Tetanus verfügen, das heißt, die in den vergangenen zehn Jahren gegen Tetanus geimpft worden sind, nimmt im Alter ab 65 Jahren ab. Circa zwei Drittel, nämlich 63,2 % der Frauen und 67,3 % der Männer im Alter ab 65 Jahren, haben sich in den vergangenen zehn Jahren gegen Tetanus impfen lassen, während in den jüngeren Altersgruppen circa drei Viertel der Befragten angeben, geimpft zu sein. In den unteren Bildungsgruppen ist der Anteil der Personen, die in den letzten zehn Jahren eine Impfung erhalten haben, geringer (RKI 2011a, S. 138).

Teilnahme an Präventionskursen

2010 haben Menschen im Alter von über 60 Jahren an 571.769 durch die Krankenversicherungen geförderten Aktivitäten zur Prävention (individuelle Gesundheitsförderung) teilgenommen. Die Anzahl der Teilnahmen hat sich seit 2004 verdreifacht. Am häufigsten werden Kurse zur Bewegung wahrgenommen (466.343 im Jahr 2010), gefolgt von Kursen zur Vermeidung spezifischer Risiken und stressabhängiger

Krankheiten (81.445), Ernährungskursen (22.624) und Angeboten für einen verantwortlichen Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln (1.357) (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. 2011, zitiert nach www.gbe-bund.de). Leider werden diese Daten für die Altersgruppe ab 60 Jahren zusammengefasst, sodass keine weiteren altersdifferenzierten Aussagen gemacht werden können.

Die Inanspruchnahme verhaltenspräventiver Maßnahmen in den vergangenen zwölf Monaten wird im GEDA 2009 erfasst.³⁹ Demnach nehmen 14,3 % der Männer und 21,8 % der Frauen im Alter zwischen 65 bis 79 Jahren in den vergangenen zwölf Monaten an mindestens einer Maßnahme teil. Mit höherem Bildungsabschluss nimmt auch der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Präventionskursen zu. Eine Ausnahme sind die Ernährungskurse, bei denen sich dieser Zusammenhang nicht feststellen lässt (RKI 2011a, S. 26).

Die hier erfassten, von der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen in Anspruch genommenen Präventionskurse wurden mehrheitlich ganz oder teilweise selbst finanziert und bei allen Präventionsthemen im Vergleich zu anderen Altersgruppen am seltensten vollständig von den Krankenkassen bezahlt (RKI 2011a, S. 29, siehe Abbildung 18 im Anhang). Für die Prävention von zahlreichen Krankheiten ist die Wahrnehmung dieser Angebote auch im höheren Alter von großer Bedeutung. Da hier eine stärkere finanzielle Beteiligung der höheren Altersgruppen nötig ist, erreichen verhaltenspräventive Maßnahmen vermutlich Menschen mit niedrigerem Einkommen, die durch eine stärkere Krankheitsbelastung besonders

39 Gefragt wird: »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 vergangenen zwölf Monaten an solchen Maßnahmen teilgenommen?«. Es wird nach vier Arten präventiver Maßnahmen gefragt: 1. Gewichtsreduktion, 2. gesunde Ernährung, 3. Entspannung oder Stressbewältigung, 4. Verbesserung der körperlichen Fitness oder der Beweglichkeit.

Frauen	Ernährung		Bewegung		Entspannung		Mindestens eine Maßnahme	
	%	[95%–KI]*	%	[95%–KI]	%	[95%–KI]	%	[95%–KI]
Gesamt (Frauen und Männer)	5,1	[4,7–5,5]	12,8	[12,2–13,3]	4,7	[4,3–5,0]	16,0	[15,4–16,7]
Frauen gesamt	6,0	[5,5–6,6]	16,7	[15,8–17,6]	6,3	[5,8–6,8]	20,8	[19,9–21,8]
Bildungsgruppe								
Untere Bildungsgruppe	5,0	[3,8–6,5]	12,1	[10,2–14,4]	3,6	[2,5–5,0]	15,7	[13,5–18,2]
Mittlere Bildungsgruppe	6,5	[5,9–7,2]	17,8	[16,8–18,9]	6,7	[6,1–7,4]	22,1	[21,0–23,2]
Obere Bildungsgruppe	6,1	[5,3–7,0]	20,5	[19,2–22,0]	9,3	[8,4–10,3]	25,1	[23,7–26,6]
Altersgruppe								
18–29 Jahre	4,0	[3,1–5,2]	8,7	[7,5–10,2]	3,5	[2,7–4,6]	11,9	[10,4–13,7]
30–44 Jahre	5,7	[4,9–6,7]	15,1	[13,8–16,5]	6,7	[5,8–7,6]	19,3	[17,8–20,8]
45–64 Jahre	8,1	[7,1–9,2]	20,8	[19,3–22,4]	9,0	[8,0–10,1]	26,0	[24,3–27,7]
65–79 Jahre	5,0	[3,9–6,4]	18,5	[16,3–20,9]	4,2	[3,2–5,4]	21,8	[19,5–24,3]

Männer	Ernährung		Bewegung		Entspannung		Mindestens eine Maßnahme	
	%	[95%–KI]	%	[95%–KI]	%	[95%–KI]	%	[95%–KI]
Gesamt (Frauen und Männer)	5,1	[4,7–5,5]	12,8	[12,2–13,3]	4,7	[4,3–5,0]	16,0	[15,4–16,7]
Männer gesamt	4,1	[3,6–4,7]	8,7	[8,0–9,4]	3,0	[2,6–3,4]	11,1	[10,3–11,9]
Bildungsgruppe								
Untere Bildungsgruppe	4,1	[2,5–6,5]	5,7	[4,0–8,0]	1,8	[0,9–3,5]	8,3	[6,1–11,1]
Mittlere Bildungsgruppe	4,0	[3,4–4,7]	8,5	[7,6–9,5]	3,0	[2,5–3,6]	10,7	[9,7–11,8]
Obere Bildungsgruppe	4,5	[3,9–5,3]	10,9	[9,9–12,0]	3,7	[3,1–4,3]	13,5	[12,4–14,7]
Altersgruppe								
18–29 Jahre	2,5	[1,8–3,5]	7,4	[6,2–9,0]	2,7	[2,0–3,8]	9,3	[7,9–11,0]
30–44 Jahre	2,5	[1,9–3,4]	6,7	[5,6–8,0]	2,8	[2,1–3,7]	8,6	[7,4–10,0]
45–64 Jahre	5,1	[4,2–6,3]	9,9	[8,7–11,2]	3,5	[2,8–4,4]	12,3	[10,9–13,7]
65–79 Jahre	6,5	[5,0–8,3]	10,7	[8,9–12,7]	2,6	[1,8–3,7]	14,3	[12,2–16,7]

* Die Zahlen in den Klammern bezeichnen das Konfidenzintervall (Vertrauensintervall). Es gibt Aufschluss über die Genauigkeit der in den Tabellen dargestellten Häufigkeitswerte. In diesen Tabellen des RKI beschreibt der Wert den Bereich, in dem mit 95%iger Wahrscheinlichkeit der wahre Häufigkeitswert liegt (RKI 2011a, S. 49 f.).

Abb. 17: Inanspruchnahme verhaltenspräventiver Maßnahmen in den vergangenen zwölf Monaten nach Geschlecht, Bildungsgruppe und Alter (in Prozent) (RKI 2011a, S. 26)

von einem Präventionskurs profitieren würden, seltener. Daten über die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten und Vorsorgeuntersuchungen von Menschen mit Migrationshintergrund liegen derzeit nicht vor. Vermutet wird, dass diese Angebote und Untersuchungen von Menschen mit Migrationshintergrund seltener wahrgenommen werden (vgl. zusammenfassend: RKI 2008, S. 121 f.).

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), Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie) sowie Ergo-

therapie. Angaben des Heilmittel-Informationssystems der AOK⁴⁰ lassen Rückschlüsse über den Anteil von Heilmittelverordnungen in den untersuchten Altersgruppen zu (Waltersbacher 2012, S. 17). Frauen erhalten in allen Altersgruppen häufiger Heilmittelleistungen als Männer. Jeder fünfte Mann (20,7%) im Alter von 65 bis unter 70 Jahren, 22,5% der 70 bis unter 75-jährigen und ein knappes Viertel (24,3%) der 75- bis unter 80-jährigen Männer, die bei der AOK versichert sind, haben 2010 eine Heilmittelverordnung erhalten. 29,2% der 65- bis unter 70-jährigen Frauen, 31,2% der 70- bis unter 75-jährigen und 33,1% der 75- bis unter 80-jährigen AOK-Versicherten Frauen – also jeweils rund ein Drittel – haben eine Heilmittelverordnung erhalten. Abgesehen von Jungen im Alter zwischen fünf und zehn Jahren, ist die Inanspruchnahme von Heilmittelverordnungen in der Altersgruppe der 75- bis unter 80-Jährigen am höchsten, sinkt aber bei den darauffolgenden Altersgruppen wieder (vgl. Abbildung 42 im Anhang). Im höheren Lebensalter werden vor allem Maßnahmen der Physikalischen Therapie und Physiotherapie angewandt (ebd., S. 41).

04.10 Rehabilitation

Eine interdisziplinäre geriatrische Rehabilitation umfasst das Ziel der Wiederherstellung der Selbstständigkeit (zum Beispiel nach einem Sturz oder Schlaganfall), aber auch präventive Maßnahmen wie

die Vermittlung von Gesundheitsverhalten (Schütz und Wurm 2009, S. 164). Sie kann sowohl in stationären Einrichtungen als auch ambulant erbracht werden. Das Statistische Bundesamt erfasst die Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Im Jahr 2010 waren 220.520 Männer und 266.384 Frauen in der Altersgruppe von 65 bis unter 80 Jahren in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (mit mehr als 100 Betten) in Behandlung (Statistisches Bundesamt 2010b). Abbildung 19 zeigt, dass Vorsorge- oder Rehabilitationsbehandlungen insgesamt am häufigsten von Personen im Alter zwischen 50 bis 59 Jahren in Anspruch genommen werden, gefolgt von Personen zwischen 70 und 74 Jahren. Weiterhin zeigt sich, dass Frauen der höheren Altersgruppe deutlich häufiger als Männer an Vorsorge- oder Rehabilitationsbehandlungen teilnehmen.

Bei Frauen der Altersgruppe zwischen 65 und unter 80 Jahren sind Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes die häufigste Diagnose in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Bei den Männern dieser Altersgruppe sind es Krankheiten des Kreislaufsystems. Die durchschnittliche Verweildauer ist in der betrachteten Altersgruppe mit 22,3 Tagen geringer als bei den jüngeren Patientinnen und Patienten und geringer als im Durchschnitt über alle Altersgruppen (alle Altersgruppen: durchschnittliche Verweildauer: 25,6 Tage) (ebd.). Siehe auch Tabelle 46 im Anhang.

Von den insgesamt 1.807 Fachabteilungen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind 147 geriatrische Fachabteilungen (2.348 Betten). Im Jahr 2010 wurden dort 103.271 Patientinnen und Patienten behandelt, die größtenteils von Kranken-

⁴⁰ Zu beachten ist, dass die AOK eine andere Versichertenstruktur hat als andere gesetzliche Krankenkassen und dass die Daten daher nicht repräsentativ sind. Sie werden immer dann herangezogen, wenn keine anderen Informationen zu einem bestimmten Thema verfügbar sind.

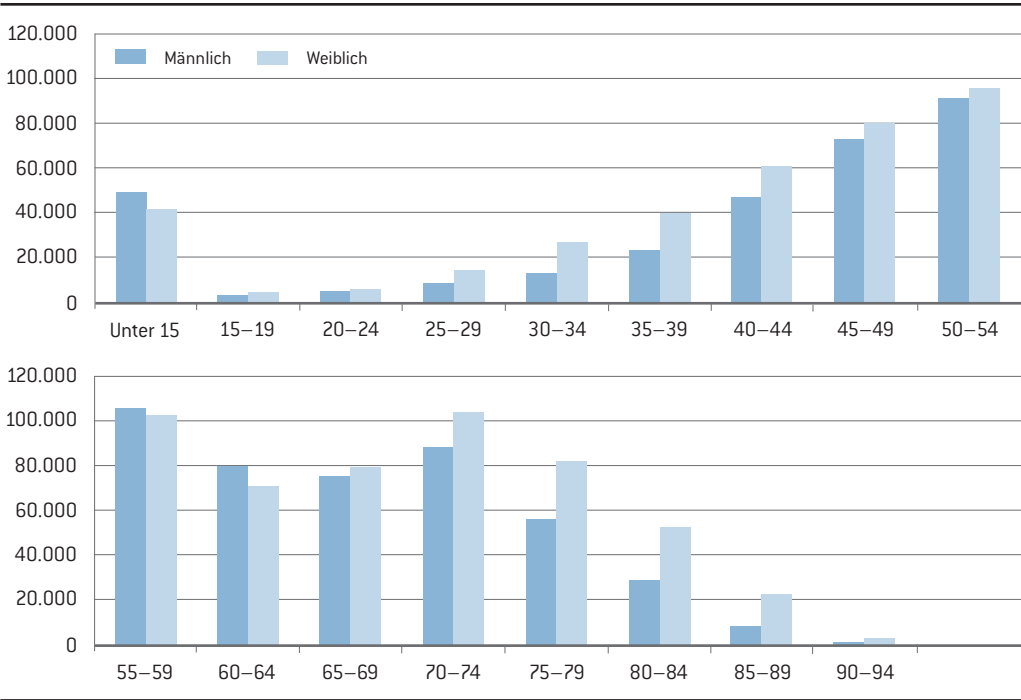


Abb. 19: Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen mit mehr als 100 Betten (Fälle) (Statistisches Bundesamt 2010b, zitiert nach www.gbe-bund.de, eigene Darstellung)

häusern dorthin überwiesen wurden (Statistisches Bundesamt 2011t, S. 14). Damit stellt die Geriatrie einen relativ kleinen Anteil an den Fachabteilungen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Ambulante geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen werden statistisch allerdings nicht erfasst.

04.11 Gesundheitskosten

Für die Altersgruppe der 65- bis unter 85-Jährigen fallen im Jahr 2008 in Deutschland Krankheitskosten⁴¹ von fast 97 Milliarden Euro an (Statistisches

⁴¹ 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.

Bundesamt 2011m, zitiert nach www.gbe-bund.de). Insgesamt entfallen die meisten Kosten auf Krankheiten des Kreislaufsystems, gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie Krankheiten des Verdauungssystems. Entsprechend geschlechtsspezifisch unterschiedlicher Krankheitshäufigkeiten sind bei den Männern im Alter zwischen 65 bis unter 85 Jahren die Krankheiten des Kreislaufsystems, gefolgt von Neubildungen (Krebs) und Krankheiten des Verdauungssystems mit den höchsten Kosten verbunden. Bei Frauen sind es die Kosten für Krankheiten des Kreislaufsystems, gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. Kosten für psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen sowie Krankheiten des Verdauungssystems stehen bei den Frauen an dritthäufigster Stelle (Statistisches Bundesamt 2011u, zitiert nach www.gbe-bund.de).

Im Jahr 2008 betragen die Krankheitskosten in der Altersgruppe der 65- bis unter 85-Jährigen 6.520 Euro pro Person.⁴² Diese Kosten verteilen sich in etwa gleich auf beide Geschlechter (Männer: 6.580 Euro, Frauen: 6.470 Euro). Erst in der Altersgruppe der über 85-Jährigen sind die Krankheitskosten der Frauen höher als die der Männer (Statistisches Bundesamt 2011u). Häufig wird mit dem Fortschreiten des demografischen Wandels ein Anstieg der Krankheitskosten erwartet. Es ist jedoch nicht allein die Altersstruktur, sondern es sind verschiedene Einflussfaktoren, die nur zum Teil altersabhängig sind, die auf die Krankheitskosten wirken (Nöthen und Böhm 2009, S. 244).

Den Wirtschaftsrechnungen des Statistischen Bundesamtes lassen sich Informationen über die monatlichen Ausgaben privater Haushalte für die

Gesundheitspflege entnehmen (Gebrauchs- und Verbrauchsgüter und Dienstleistungen für die Gesundheitspflege). In Haushalten, deren Haupteinkommensbezieherin oder -bezieher 65 bis unter 70 Jahre alt ist, werden 108 Euro im Monat für Gesundheitspflege ausgegeben. Die Ausgaben steigen auf monatlich 162 Euro an, wenn der Haushaltsvorstand 70 bis unter 80 Jahre alt ist. Haushalte im früheren Bundesgebiet geben durchschnittlich mehr Geld für Gesundheitspflege aus (65–70 Jahre: 117 Euro, dies entspricht 4,4% des durchschnittlichen Nettohaushaltseinkommens; 70–80 Jahre: 189 Euro, dies entspricht 7,5% des durchschnittlichen Nettohaushaltseinkommens) als Haushalte in den neuen Bundesländern (65–70 Jahre: 77 Euro, dies entspricht 3,9% des durchschnittlichen Nettohaushaltseinkommens; 70–80 Jahre: 80 Euro, das sind 4,2% des durchschnittlichen Nettohaushaltseinkommens)⁴³ (Statistisches Bundesamt 2011n, S. 50 f.). Zum Vergleich: Der seit dem 1. Januar 2012 gültige Regelsatz der Grundsicherung im Alter enthält für Gesundheitspflege einen monatlichen Satz von rund 16 Euro monatlich.

04.12 Sterbeorte

Da Sterben und Tod in der Altersgruppe der 65- bis 80-Jährigen ein zunehmend wichtiges Thema werden, stellt sich auch die Frage nach der Versorgung

42 Die durchschnittlichen Krankheitskosten für alle Einwohnerinnen und Einwohner betragen 3.100 Euro (im Jahr 2008).

43 Berechnung aus in der Quelle angegebenen Haushaltsnettoeinkommen (West: 65–70: 2.664 Euro, 70–80: 2.522 Euro; Ost: 65–70: 1.984 Euro, 70–80: 1.909 Euro).

der Menschen am Lebensende. Altersdifferenzierte Zahlen zur Inanspruchnahme von Palliativversorgung, einschließlich der 2007 neu eingeführten Möglichkeit der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung, liegen nicht vor, auch die Sterbeorte werden statistisch nicht erfasst. Damit gibt es keine Daten darüber, wie viele Menschen in Pflegeheimen, Hospizen oder zu Hause versterben und inwiefern dies ihrem Wunsch entspricht. Lediglich die Anzahl der im Krankenhaus Sterbenden ist bekannt. Daraus ergeben sich unterschiedliche Schätzungen der Verteilung der Sterbeorte.

Nach Schätzungen von Jaspers und Schindler (2004, S. 23), die sich auf verschiedene Studien stützen, versterben über 40% der Menschen im Krankenhaus, zwischen 15 und 25% im Heim und ein Viertel bis ein Drittel zu Hause (siehe Tabelle 47 im Anhang).

04.13 Fazit

Die subjektive Gesundheit wird von der Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen zwar schlechter als in den jüngeren Kohorten beurteilt, aber immerhin von der Hälfte der Personen als gut oder sehr gut eingeschätzt. Andererseits geben über die Hälfte zwei bis vier Erkrankungen an. Auch körperliche Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten treten zunehmend auf. Am häufigsten treten Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und des Muskel- und Skelettsystems auf. Dementsprechend werden Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen von der Altersgruppe vor allem aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Kreislaufsys-

tems in Anspruch genommen. Von vielen Krankheiten – wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall oder Diabetes – sowie von körperlichen Einschränkungen sind Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status stärker betroffen.

Im Vergleich zu früheren Generationen ist die Altersgruppe der 65- bis 80-Jährigen heute gesünder, hat weniger Erkrankungen und 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.

Obwohl eine gesunde Lebensweise weniger verbreitet ist als in jüngeren Kohorten, nimmt das Bewusstsein für die Gesundheit in dieser Altersgruppe zu, was sich in unterschiedlicher Weise bemerkbar macht. So ist die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen in der Altersgruppe der 65- bis unter 70-Jährigen groß, auch wenn sie im Alter ab 70 wieder abnimmt. Weiterhin zeigt sich, dass die sportliche Aktivität im Verlauf des letzten Jahrzehnts bei Menschen bis zum Alter von 75 Jahren zugenommen hat. Der Verzehr von Obst ist im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen verbreiteter. Auch Präventionskurse, vor allem zur Bewegung, werden von der Altersgruppe in Anspruch genommen und sogar mehrheitlich zumindest anteilig selbst bezahlt. Andererseits leidet schätzungsweise ein Viertel der älteren Menschen an psychischen Erkrankungen, vor allem an Depressionen, die jedoch nicht immer erkannt und behandelt werden. Die Zahl der vollzogenen Suizide ist in der Altersgruppe der über 75-Jährigen am höchsten.

Der Konsum von Suchtmitteln wie Alkohol und Tabak nimmt mit zunehmendem Alter ab, ist aber bei einigen immer noch hoch. Aktuelle Daten zum Konsum von Suchtmitteln (zum Beispiel Alkohol, illegale Drogen, Medikamente) liegen für die Altersgruppe ab

65 zurzeit nicht vor, obwohl hier in Zukunft ein Anstieg zu erwarten ist. 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 wäre sinnvoll, da sowohl ein Abhängigkeitsrisiko (zum Beispiel bei Schlafmitteln) als auch ein allgemeines Gesundheitsrisiko mit der gleichzeitigen Einnahme verschiedener Medikamente im Alter einhergehen kann. Eine stärkere Kontrolle der Verschreibung sowie Beratung und Aufklärung der Konsumentinnen und Konsumenten wären sinnvoll.

Abschließend ist festzustellen, dass es über die gesundheitliche Lage von älteren Menschen mit Migrationshintergrund, ihre Inanspruchnahme von Präventions- und Rehabilitationsangeboten etc. keine aktuellen und repräsentativen Daten gibt.

05

» Pflege und Pflegebedürftigkeit

Das Thema Pflege berührt die Altersgruppe der 65- bis 80-Jährigen in doppelter Weise: Einerseits nimmt das Risiko, selbst auf Hilfe und/oder Pflege angewiesen zu sein, mit dem Alter spürbar zu. Andererseits gibt es in dieser Altersgruppe viele, die als Pflegende ihre Ehe- oder Lebenspartnerinnen und -partner, ihre sehr alten Eltern oder auch Menschen in der Nachbarschaft oder im Freundeskreis unterstützen. Damit gehen vielfältige gesundheitliche Belastungen einher.

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 Versorgungsformen, die den Hilfe- und Pflegebedürftigen der Altersgruppe offenstehen. Im Wesentlichen werden dabei stationäre und ambulante Formen unterschieden. Abschließend wird dargelegt, wer die Pflegenden der Altersgruppe sind und worin besondere körperliche, psychische und finanzielle Belastungen für sie bestehen.

» 05.1 Pflegebedürftigkeit bei Menschen zwischen 65 und 80 Jahren

Wenn im Folgenden von Pflegebedürftigkeit gesprochen wird, liegt dem die Definition für »Pflegebedürftige« zugrunde, die auch in der Pflegestatistik verwendet wird⁴⁴ und die an das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) angelehnt ist. Demnach gelten Menschen als pflegebedürftig, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, der Hilfe bedürfen. In der Pflegestatistik sind nur diejenigen berücksichtigt, die Leis-

tungen nach dem SGB XI erhalten. Ausschlaggebend dafür ist die Entscheidung der Pflegekasse bzw. des privaten Versicherungsunternehmens über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegestufen I bis III⁴⁵ nach einer Begutachtung. Für die Zuerkennung einer Pflegestufe muss ein erheblicher Pflegebedarf vorliegen, der schon in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten täglich umfassen muss, von denen 45 Minuten auf die sogenannte Grundpflege (vor allem Körperpflege, Ernährung) entfallen.

Oft sind ältere Menschen aber bereits im Alltag auf Hilfe angewiesen, bevor oder ohne dass sie jemals die Schwelle zum anerkannten Pflegebedarf überschreiten. In der letzten großen bundesdeutschen Repräsentativerhebung zur Situation pflegebedürftiger Menschen in Privathaushalten werden deshalb auch hilfebedürftige Menschen berücksichtigt. 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 – aktuellere, vergleichbar valide Zahlen liegen nicht vor – kamen zu knapp 1,4 Millionen pflegebedürftigen fast noch einmal so viele Menschen mit täglichem und weitere 1.064 Millionen mit wöchentlichem Hilfebedarf in allen Altersgruppen dazu. In Prozent waren 8,9 % der Bevölkerung in Privathaushalten in der Altersgruppe 75 bis 84 Jahre pflegebedürftig, weitere 17,7 % waren vorrangig hilfebedürftig (Schneekloth 2006, S. 64 f.). Es ist davon auszugehen, dass sich dieses Verhältnis von 1:2 bei Pflege- und Hilfebedürftigkeit seitdem

nicht grundlegend geändert hat. Unter den 70- bis 85-Jährigen geben 2008 gut ein Viertel (26,3 %) der im Alterssurvey Befragten an, Hilfe im Haushalt zu erhalten, in der jüngeren Gruppe der 55- bis 69-Jährigen sind es 22,8 % (vgl. Tabelle 30 in Kapitel 03.2) (DEAS 2008: Geleistete und empfangene Hilfe im Haushalt).

Über das aktuelle Vorkommen von Pflegebedürftigkeit gibt die Pflegestatistik Auskunft (Statistisches Bundesamt 2011, Pflegestatistik 2009). Demnach sind bis zum Alter von 65 Jahren nur weniger als 2 % aller Menschen in der Bundesrepublik pflegebedürftig; erst ab dem 81. Lebensjahr ist zunächst rund jeder Fünfte, ab dem 90. Lebensjahr mehr als die Hälfte der alten Menschen betroffen (vgl. Abbildung 20 im Anhang). Die Lebensphase zwischen 65 und 80 Jahren ist also von einer allmählichen Zunahme der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet, die individuelle Betroffenheit ist jedoch noch sehr unterschiedlich. Insgesamt sind 2009 in der Altersgruppe der 65- bis 80-Jährigen 661.413 Menschen pflegebedürftig.

Die Verteilung auf die Pflegestufen (vgl. Tabelle 48 auf Seite 82 sowie Abbildung 20 im Anhang) zeigt außerdem, dass in der jüngsten Altersgruppe (65 bis 70 Jahre) zunächst Männer stärker von Pflegebedürftigkeit betroffen sind, und zwar in allen Pflegestufen. Dieser Trend kehrt sich bis zur ältesten dargestellten Altersgruppe um.

44 Vgl. Glossar zur Pflegestatistik unter <http://www.gbe-bund.de>.

45 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.

Pflegestufe	Geschlecht	Pflegebedürftige je 100.000 Einwohner/-innen nach Altersgruppe			
		Gesamt	65 bis < 70	70 bis < 75	75 bis < 80
Pflegestufen insgesamt	<i>Gesamt</i>	2.858	2.657	4.743	9.899
	Männer	1.924	2.790	4.673	8.774
	Frauen	3.757	2.534	4.803	10.741
Pflegestufe I	<i>Gesamt</i>	1.525	1.481	2.655	5.612
	Männer	1.018	1.529	2.514	4.690
	Frauen	2.013	1.438	2.776	6.301
Pflegestufe II	<i>Gesamt</i>	962	863	1.562	3.198
	Männer	662	930	1.622	3.082
	Frauen	1.250	801	1.510	3.285
Pflegestufe III	<i>Gesamt</i>	358	296	499	1.047
	Männer	234	310	509	967
	Frauen	478	282	491	1.108
Bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet	<i>Gesamt</i>	13	17	26	41
	Männer	10	21	27	35
	Frauen	16	13	25	46

Tab. 48: Pflegebedürftige je 100.000 Einwohner/-innen nach Alter, Geschlecht, Pflegestufe (Statistisches Bundesamt 2011r, Pflegestatistik 2009, www.destatis.de)

05.2 Versorgung bei Pflegebedürftigkeit

Bei der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen sind vier Arten von Pflegearrangements zu unterscheiden: die Pflege nur durch Angehörige bzw. Bekannte (Pflegegeld), die durch ambulante Pflegedienste (Sachleistungen) und die Mischformen (Kombileistungen) sowie stationäre Pflege in Pflegeheimen. Pflegewohngemeinschaften erfreuen sich

zwar immer größerer Beliebtheit, werden aber je nach Versorgungsvertrag entweder der ambulanten Pflege mit Sachleistungen oder der stationären Versorgung zugerechnet. Tabelle 49 im Anhang zeigt die Verteilung auf die Leistungsarten. Insgesamt werden in jeder der betrachteten Altersgruppen zwei Drittel bis fast drei Viertel aller pflegebedürftigen Menschen in privaten Haushalten von Angehörigen gepflegt, oft mit Unterstützung durch ambulante Pflegedienste. Männer bis zum 70. Lebensjahr haben ein größeres Risiko, bei Pflegebedürftigkeit in einer vollstationären Einrichtung versorgt zu werden, als Frauen. Im höheren Alter dreht sich dieser Trend jedoch um.

Einer aktuellen Studie zu den Wirkungen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes zufolge hat der Anteil

der jüngeren Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner zugunsten des Anteils der älteren abgenommen; das Durchschnittsalter ist von 1999 bis 2012 um ein Jahr auf 82 Jahre gestiegen (BMG 2011, S. 121), vgl. Abbildung 21. Der Trend zu zunehmender Hochaltrigkeit im vollstationären Pflegebereich, der beim Vergleich der Altersstruktur der Heimbewohnerinnen und -bewohner im Vergleich der Jahre 1994 und 2005 festgestellt wurde (Schneekloth und Törne 2009, S. 85), setzt sich also offensichtlich fort (vgl. Abbildung 43 im Anhang).

In der gleichen Untersuchung werden weitere soziodemografische Strukturmerkmale der Pflegeheimbewohnerschaft erfasst. Demnach sind 2005 nur 9 % der Frauen, aber 30 % der Männer aller Altersgruppen in Pflegeheimen verheiratet, 73 % der Frauen und 38 % der Männer sind verwitwet. Der Anteil der eingebürgerten und nichtdeutschen Zuwanderinnen und Zuwanderer an der Heimpopulation lag 2005 bei 3 % in allen Altersgruppen (Schneekloth und Törne 2009, S. 86).

Pflegebedürftige Menschen, die in Privathaushalten leben und einen Migrationshintergrund haben, wohnen seltener allein und sind durchschnittlich jünger als jene ohne Migrationshintergrund (vgl. Abbildung 22 im Anhang). 42 % von ihnen sind zwischen 60 und 80 Jahre alt gegenüber 34 % der Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund. 29 % sind über 80 Jahre alt, während dies auf 49 % der Menschen ohne Migrationshintergrund zutrifft (BMG 2011, S. 60).

Die Pflegebedürftigen in Privathaushalten in der Altersgruppe 60–79 Jahre insgesamt sind jeweils rund zur Hälfte männlich bzw. weiblich, der Frauenanteil steigt erst in den höheren Altersgruppen auf 76 %. Fast alle häuslich versorgten Pflegebedürftigen (86 %) haben Kinder, über die Hälfte ist verheiratet und 36 % leben allein (vgl. Abbildung 23 im Anhang).

Ob ein pflegebedürftiger Mensch im Privathaushalt oder in einer Pflegeeinrichtung lebt, unterscheidet

	1999	2010
<i>Geschlecht</i>		
Männlich	21	24
Weiblich	79	76
<i>Altersgruppen</i>		
Unter 60	6	5
60–75	16	14
75–90	58	57
90 und älter	20	23
Durchschnittsalter	81	82

Abb. 21: Strukturmerkmale der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen; fehlend zu 100 = keine Angabe (BMG 2011, S. 121)

sich nicht nur nach Pflegebedarf. Der Kreisvergleich der Pflegestatistik (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2012) zeigt große regionale Unterschiede in der Heimquote, die allerdings nicht altersdifferenziert dargestellt sind. In Schleswig-Holstein leben im Jahr 2009 39,8 % aller Pflegebedürftigen in stationären Pflegeheimen – während in Hessen, dem Bundesland mit der niedrigsten Heimquote – nur knapp jeder vierte pflegebedürftige Mensch (24,9 %) in einem Pflegeheim wohnt. Im Bundesdurchschnitt liegt die Heimquote aller pflegebedürftigen Menschen bei 29,9 %. Wie diese Unterschiede mit regional differierenden Steuerungen der Entwicklung ambulanter oder stationärer Angebote oder mit pflegekulturellen Orientierungen zusammenhängen, ist nicht erforscht.

05.3
Pflegende

Die meisten älteren Menschen möchten am liebsten bis zu ihrem Lebensende in ihrer Wohnung oder ihrem Haus, zumindest aber in einem Privathaushalt und nicht in einem Pflegeheim leben. Die erforderliche Hilfe und Pflege bei zunehmender Gebrechlichkeit erhalten sie ganz überwiegend aus ihrem persönlichen Umfeld. Leider erfasst die Pflegestatistik nicht die informellen Pflegeleistungen, die von Angehörigen und nicht von professionell Pflegenden im Rahmen des Leistungsspektrums der Pflegeversicherung erbracht werden. Dem Deutschen Alters-

	1998	2010
<i>Verwandtschaftsverhältnis</i>		
{Ehe-}Partnerin	20	19
{Ehe-}Partner	12	15
Tochter	23	26
Sohn	5	10
Schwiegertochter	10	8
Schwiegersohn	0	1
Mutter	11	10
Vater	2	1
Sonstige Verwandte	10	4
Nachbarinnen und Nachbarn, Bekannte	7	6
<i>Wohnort</i>		
Gleicher Haushalt	73	66
Getrennter Haushalt	27	34

Abb. 24: Verwandtschaftsbeziehung der Hauptpflegeperson zur pflegebedürftigen Person 1998 und 2010 (in Prozent), Basis: Hauptpflegepersonen Pflegebedürftiger in Privathaushalten (BMG 2011, S. 27)

survey 2008 zufolge erbringen 13,4 % der 55- bis 69-Jährigen und 10 % der 70- bis 85-Jährigen zum Befragungszeitpunkt Hilfe- und Pflegeleistungen für andere (DEAS 2008: Erbringen von Hilfe- und Pflegeleistungen). Weitere aktuelle Zahlen lassen sich einer Studie zu den Wirkungen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes (BMG 2011) entnehmen. Demnach hat die Gesamtzahl der Pflegenden mit der Zahl der Pflegebedürftigen zugenommen (BMG 2011, S. 26 f.), zu ihrer tatsächlichen Anzahl gibt es jedoch keine Angaben. Der Anteil der Pflegenden im Alter zwischen 65 und 79 Jahren an allen Pflegepersonen ist zwar von 27 % auf 24 % zurückgegangen, dafür ist der Anteil der über 80-Jährigen jedoch von 5 % auf 9 % gestiegen. Die häusliche Pflege ist noch immer weitestgehend Frauensache, aber die Männer holen auf, und zwar sowohl als pflegende Ehemänner als auch als pflegende Söhne, wie sich Abbildung 24 entnehmen lässt (BMG 2011, S. 27).

Wie Abbildung 25 im Anhang anhand der Verteilung der Anteile der Pflegepersonen an der Gesamtaltersgruppe zeigt, pflegen Frauen schon in jüngeren Lebensjahren und stärker verteilt über ihr ganzes Leben: zunächst vor allem die eigenen Eltern, dann den Ehepartner. Hingegen wird bei den Männern Pflege häufiger erst im höheren Alter zum Thema, vermutlich bei der Pflege ihrer Ehepartnerinnen. Nach dem Tod der eigenen Eltern und der Verwitwung sehen sich Frauen im höheren Lebensalter hingegen weniger mit Pflegeaufgaben konfrontiert.

05.4
Belastungen durch die Pflege

Zu den im Folgenden dargestellten Aspekten liegen auch in dem vom BMG 2011 herausgegebenen Be-

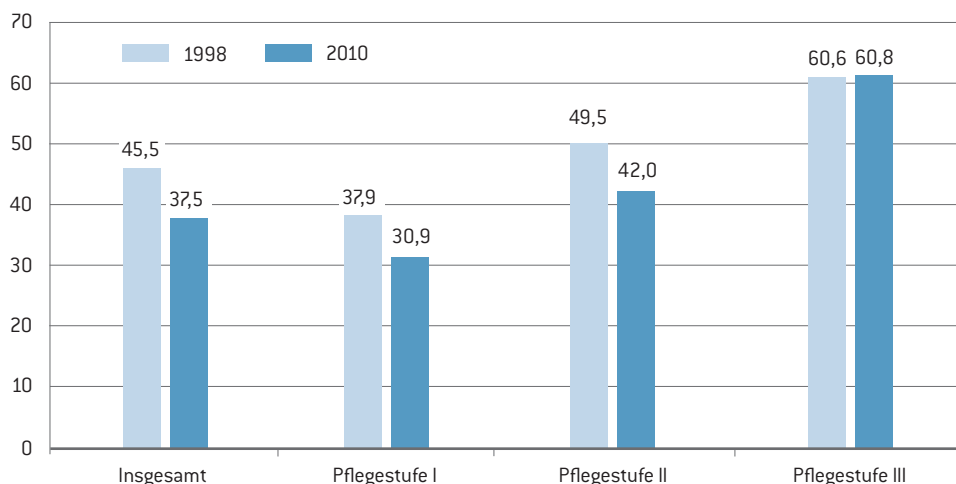


Abb. 26: Zeitliche Belastungen von Hauptpflegepersonen in Privathaushalten 1998 und 2010 (Stunden pro Woche); Basis: Hauptpflegepersonen in Privathaushalten mit pflegebedürftiger Person (BMG 2011, S. 29)

richt nur vereinzelt altersdifferenzierte Auswertungen vor. Das führt gegenwärtig rund um die Pflege zu schwer einschätzbaren, aber häufig starken Verzerrungen, weil sich Pflegebedarf, Lebensumstände und soziales Netzwerk sowie Belastungsempfinden Pfleger gerade im Alter von über 80 Jahren stark ändern und von denen der Altersgruppe 65–79 Jahre unterscheiden. Entwicklungen wie die hin zu weniger verheirateten und mehr geschiedenen und ledigen Pflegepersonen spiegeln jedoch gesamtgesellschaftliche, auch bei den Älteren zwischen 65 und 80 Jahren beobachtbare Trends wieder.

Die zeitlichen Belastungen haben im Vergleichszeitraum 1998 bis 2010 von durchschnittlich 45,5 Stunden (1998) auf 37,5 Stunden pro Woche (2010) abgenommen, entsprechen aber damit noch immer nahezu einer Vollzeitbeschäftigung. Sie unterscheiden sich erwartungsgemäß in den Pflegestufen, liegen jedoch aktuell auch bei Pflegestufe I bei mehr als 30 Stunden in der Woche (vgl. Abbildung

26). Quer über alle Altersgruppen fühlt sich knapp die Hälfte der Pflegenden »eher stark« und fast ein Drittel »sehr stark« belastet, wie Abbildung 27 im Anhang zeigt.

Das für Pflegenden in jüngeren Jahrgängen immer drängendere Problem der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege spielt für die Pflegenden aus der hier untersuchten Altersgruppe keine wichtige Rolle mehr, eher für die Pflegebedürftigen, deren potenzielle Pflegepersonen von Vereinbarkeitsproblemen betroffen sein können. Der Anteil erwerbstätiger Pflegepersonen nimmt jedenfalls – unabhängig von der Dauer der wöchentlichen Erwerbsarbeitszeit – zu. Unter den Pflegenden, die jünger als 65 Jahre alt sind, liegt der Anteil 2010 bei 59 % (vgl. Abbildung 28). Etwas mehr männliche als weibliche Pflegenden sind erwerbstätig: die Männer zu einem deutlich größeren Anteil (72 %) als die erwerbstätigen Frauen (42 %) mit einer Arbeitszeit über 30 Stunden pro Woche (BMG 2011, S. 30). 15 % der Pflegenden, die

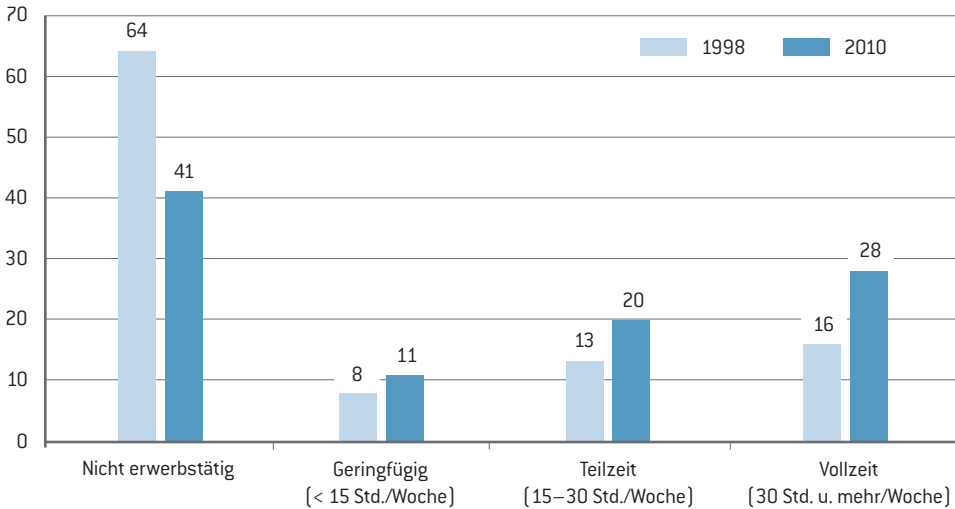


 Abb. 28: Erwerbstätigkeit von Hauptpflegepersonen 1998 und 2010 (in Prozent); Basis: Hauptpflegepersonen in Privathaushalten mit pflegebedürftiger Person (BMG 2011, S. 31)

zu Beginn der Pflege erwerbstätig waren, müssen ihre Berufstätigkeit wegen der Pflege aufgeben, und weitere 34 % müssen die Arbeitszeit reduzieren.

Zusätzlich zu den Leistungen der Pflegeversicherung zahlen in Privathaushalten lebende, pflegebedürftige Menschen aller Altersgruppen im Jahr 2010 durchschnittlich 247 Euro im Monat selbst für pflegebedingte Kosten, und zwar desto mehr, je höher die Pflegestufe ist (BMG 2011, S. 46). 17 % aller Pflegebedürftigen geben, ergänzend zu den Sachleistungen der Pflegeversicherung, jeden Monat Geld für ambulante Pflegedienste aus. Einer der Hauptgründe dafür ist die mangelnde Passung der Leistungsmodule der Pflegeversicherung. 56 % der selbst finanzierten professionellen Hilfe werden für die Grundpflege ausgegeben und 29 % für die Haushaltsführung (BMG 2011, S. 47 f.).

Die Kosten für einen Platz in einer stationären Pflegeeinrichtung setzen sich aus den Pflegekosten und den sogenannten Hotelkosten für Verpflegung

und Unterbringung zusammen. Der dafür zusätzlich zu den Leistungen der Pflegeversicherung aufzubringende Eigenanteil ist in den vergangenen Jahren gestiegen und liegt um ein Mehrfaches über den privaten Ausgaben für die Versorgung im Privathaushalt. Die regionalen Unterschiede, zum Beispiel zwischen den alten und neuen Bundesländern, sind groß. Dem AOK-Pflegenavigator (Stand Mai 2012) zufolge, der eine bundesweite Recherche nach stationären Pflegeeinrichtungen erlaubt, liegt der Eigenanteil in der Pflegestufe I zwischen rund 30 und 50 Euro pro Tag (damit ist allerdings nicht die Obergrenze markiert). Dem Pflegereport 2010 zufolge geben Privathaushalte jährlich 2,13 Milliarden Euro für die häusliche und 9,28 Milliarden Euro für die stationäre Pflege aus (vgl. Abbildung 29) (Barmer GEK 2010, S. 90 f.).

Ausgabenquelle	in Milliarden Euro	als % der öffentlichen/ privaten Ausgaben	als % aller Ausgaben
<i>Öffentliche Ausgaben</i>		100,0	
Soziale Pflegeversicherung	19,14	84,0	56,0
Private Pflegeversicherung	0,62	2,7	1,8
Sozialhilfe	2,75	12,1	8,0
Kriegsopferfürsorge	0,28	1,2	0,8
<i>Private Ausgaben*</i>		100,0	
Pflegeheim**	9,28	81,3	27,1
Häusliche Pflege	2,13	18,7	6,2
<i>Insgesamt</i>			100,0

* Schätzungen

** Die verwendeten Heimentgelte stammen aus dem Jahr 2007. Quelle: BMG, soziale Pflegeversicherung; Verband der privaten Krankenversicherung e. V., Zahlenbericht 2007/2008; Statistisches Bundesamt, Sozialhilfestatistik, Kriegsopferfürsorgestatistik

Abb. 29: Öffentliche und private Ausgaben für Pflegebedürftigkeit (Barmer GEK 2010, S. 90)

» 05.5 Fazit

Das Thema Hilfe- und Pflegebedarf betrifft Menschen im Alter zwischen 65 und 80 Jahren einerseits als Empfängerinnen und Empfänger von Hilfen, andererseits als Helfende und Pflegenden. Zwischen einem Fünftel und einem Viertel der Altersgruppe erhält Hilfe im Haushalt; von den 75- bis 85-Jährigen haben 8,9% eine anerkannte Pflegestufe. Auf jeden Menschen mit Pflegebedarf entfallen ungefähr zwei mit Hilfebedarf.

Mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen der Altersgruppe wohnen in Privathaushalten und werden dort überwiegend von Angehörigen versorgt. Je älter die Pflegebedürftigen sind, desto öfter sind zusätzlich ambulante Pflegedienste an ihrer Pflege

beteiligt. In den stationären Pflegeeinrichtungen stieg das Durchschnittsalter in den vergangenen Jahren an.

Die häusliche Pflege ist noch immer weitestgehend Frauensache, aber die Männer holen auf, und zwar sowohl als pflegende Ehemänner als auch als pflegende Söhne. Die durchschnittliche wöchentliche Pflegezeit liegt im Jahr 2010 bei 37,5 Stunden in der Woche, 77% der Pflegenden fühlen sich »eher« oder »sehr stark« belastet und sind entsprechend gesundheitlich gefährdet. Für die Pflege in Privathaushalten wenden Pflegebedürftige zusätzlich zu den Leistungen der Pflegeversicherung durchschnittlich 247 Euro im Monat auf.

06

» Freizeit

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 unterstützen ihrerseits das aktive Leben im Alter. Darüber hinaus beeinflussen Einstellungen und Werte, aber auch Diskriminierungserfahrungen und das Selbstwertgefühl die Handlungsspielräume und -potenziale der älteren Menschen.

» 06.1 Lebensqualität, Werte und Religion

Welche Werte vertreten die älteren Menschen? Wie religiös und wie zufrieden sind sie? Der Deutsche Alterssurvey stellt das subjektive Wohlbefinden der älteren Menschen dar (Tesch-Römer et al. 2010, S. 263 f.). Das subjektive Wohlbefinden wird mit Antwortvorgaben ermittelt, wie »Ich bin zufrieden mit meinem Leben«, »Meine Lebensbedingungen sind hervorragend« oder »In den meisten Dingen ist mein Leben geradezu ideal«. Diese Vorgaben können mit fünf alternativen Antworten bewertet werden, von »trifft genau zu« bis »trifft gar nicht zu«. Für das Jahr 2008 wird auf dieser Basis deutschlandweit

bei 61 % der 55- bis 69-Jährigen und 62 % der 70- bis 85-Jährigen eine eher hohe und bei nur jeweils 4 % der beiden Altersgruppen eine eher niedrige Lebenszufriedenheit ermittelt. Dabei zeigen sich allerdings sowohl regionale und bildungsabhängige als auch geschlechtsspezifische Unterschiede: So geben ältere Menschen aus den alten Bundesländern eine höhere Zufriedenheit an (62,7 % bzw. 63,5 %) als ältere Menschen in den neuen Bundesländern (53,9 % bzw. 56,9 %) (Motel-Klingebiel, Wurm und Tesch-Römer 2010, Tabellenanhang A 12-1).

In der jüngeren Altersgruppe sind Frauen zufriedener als Männer, in der älteren Altersgruppe dreht sich dieser Befund um. Diese Umkehr sollte vor dem Hintergrund interpretiert werden, dass in der höheren Altersgruppe deutlich mehr alleinstehende (verwitwete) Frauen gezählt werden, die zudem häufig mit einem niedrigen Einkommen und gesundheitlichen Einschränkungen ihren Lebensalltag bewältigen müssen.

Die schlechtere Bewertung der Lebensqualität durch ältere Menschen in den neuen Ländern spiegelt neben der durchschnittlich schlechteren materiellen Lebenslage vermutlich auch Deklassierungserfahrungen im Zuge der Nachwendezeit wider. Zusätzlich werden die älteren Menschen in den neuen Ländern öfter Opfer von Altersdiskriminierung: 16,7 % der Männer und 15,2 % der Frauen zwischen 55 und 69 Jahren sowie 9,1 % der Männer und 16,7 % der Frauen zwischen 70 und 85 Jahren aus den neuen

Ländern und Ostberlin geben im Jahr 2008 an, innerhalb der vergangenen zwölf Monate aufgrund ihres Alters benachteiligt worden zu sein. Diese Zahlen sind deutlich höher als die Werte westdeutscher Älterer. Hier erleben die Frauen zu 9,8 % bzw. 11,2 % (55–69 bzw. 70–85 Jahre) und die Männer zu 9,2 % bzw. 8,6 % Diskriminierungen aufgrund ihres Alters (DEAS 2008: Erlebte Altersdiskriminierung).

Die Lebenszufriedenheit nimmt mit höherer Bildung zu, allerdings differenziert der Alterssurvey hier nicht nach Alter (Tesch-Römer et al., 2010, S. 272/273). Der Zusammenhang von positiv empfundener Lebensqualität und hoher Bildung wird im zeitlichen Verlauf von 1996 bis 2008 stärker. Dieser Befund legt nahe, dass ein als befriedigend wahrgenommenes Leben zunehmend von individuellen Ressourcen wie Bildung und damit im Allgemeinen auch höherem Einkommen abhängt.

Die ALLBUS-Studien erheben seit 1980 auf der Basis des »Inglehart«-Index⁴⁶ die Werte der Deutschen⁴⁷. Das Statistische Bundesamt stellt im Datenreport 2011 auf der Grundlage dieser Daten die Werterhaltung der über 65-Jährigen im Jahr 2008 dar: 31 % der älteren Westdeutschen und 33 % der älteren Ostdeutschen zählen demnach zu dem Wertetyp des »Materialisten«, dagegen werden 11 % der Westdeutschen und 5 % der Ostdeutschen dem Typ des »Postmaterialisten« zugeordnet (Statistisches Bundesamt et al. 2011a, S. 388). Im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen neigen die älteren Menschen

46 Zur Definition des Begriffs: »Es gibt verschiedene Typologien von Werten. Die Wertewandeltheorie von Ronald Inglehart, die hier zugrunde gelegt wird, wurde kontrovers diskutiert, ist aber auf einer breiten Datenbasis für lange Zeiträume untersucht worden. Inglehart postuliert für die westlichen Industrieländer eine Abwendung von materiellen Werten – dem Streben nach Wohlstand – und eine Zuwendung zu postmateriellen Werten, die über den materiellen Wohlstand hinausgehen und vor allem im Bereich der Selbstverwirklichung und der Bürgerbeteiligung liegen.

Der bekannte Inglehart-Index erfasst die Werteprioritäten, indem er die Befragten aus zwei materiellen Zielen – »Aufrechterhaltung von Ruhe und Ordnung« und »Kampf gegen steigende Preise« – und zwei postmateriellen Zielen – »Schutz des Rechts auf freie Meinungsäußerung« und »Mehr Einfluss der Bürger auf die Entscheidungen der Regierung« – das wichtigste und das zweitwichtigste Ziel auswählen lässt. Werden die beiden materiellen Ziele ausgewählt, wird der Befragte als »Materialist« eingestuft; wählt er die beiden postmateriellen Ziele aus, wird er als »Postmaterialist« bezeichnet.« (Statistisches Bundesamt et al. 2011a, S. 385).

47 An der ALLBUS-Studie nahmen nur Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit teil.

damit deutlich stärker dem Materialismus als dem Postmaterialismus zu.

Auch die »Gerechtigkeitsbewertung des eigenen Anteils am Wohlstand in Deutschland« beschreibt der Datenreport 2011 mithilfe der Zahlen von 2008 aus der ALLBUS-Studie. Dabei werden die Beteiligten gefragt, ob sie im Vergleich zu anderen Menschen in Deutschland am allgemeinen Wohlstand gerecht teilhaben: *»Glauben Sie, dass Sie Ihren gerechten Anteil erhalten, mehr als Ihren gerechten Anteil, etwas weniger oder viel weniger?«* (ebd., S. 389). Während die westdeutschen Älteren über 65 Jahre zu 65 % der Meinung waren, einen gerechten oder mehr als den gerechten Anteil erhalten zu haben, drehen sich die Zahlen für die ostdeutschen Älteren genau um: 64 % sind der Ansicht, sehr viel weniger oder weniger als ihren gerechten Anteil erhalten zu haben.

Ein weiteres Thema, das der Datenreport auf der Basis der ALLBUS-Studie referiert, ist die Einstellung der Deutschen zur Rolle der Frau (ebd., S. 393 f.). Den Befragten wurden verschiedene Aussagen zur Erwerbstätigkeit von Frauen und der Rollenverteilung von Mann und Frau vorgelegt. Obwohl das Frauenbild in sämtlichen Altersgruppen in Ostdeutschland egalitärer ist als in Westdeutschland, ist der Unterschied in der Altersgruppe 65+ besonders stark ausgeprägt. Der Aussage *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* stimmen 65 % der westdeutschen und 27 % der ostdeutschen Älteren »voll und ganz« oder »eher« zu. Die Aussage *Für eine Frau ist es wichtiger, ihrem Mann bei seiner Karriere zu helfen, als selbst Karriere zu machen* trifft bei 48 % der älteren Menschen aus Westdeutschland und bei 19 % der Älteren aus Ostdeutschland auf Zustimmung. *Ein Kleinkind wird sicherlich darunter leiden, wenn seine Mutter berufstätig ist* denken 70 % der westdeutschen und 24 % der ostdeutschen Älteren. In der Altersgruppe der über 65-Jährigen zeigt sich in der

zeitlichen Darstellung seit 1991 ein kontinuierlicher Wandel von traditionell konservativen hin zu egalitären Einstellungen, und zwar in West- und in Ostdeutschland.

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 in der Unterstützung und Versorgung der älteren Menschen spielen (BMFSFJ 2010a, S. 412). Außerdem werde häufig unterschätzt, in welchem Umfang Kirchengemeinden »Gelegenheitsstrukturen« für das zivilgesellschaftliche Engagement der älteren Menschen schaffen.

Woran glauben die älteren Menschen? Praktiziertes Christentum beschreibt der Sechste Altenbericht unter Bezug auf eine ALLBUS-Studie von 2006 als vornehmlich alt und weiblich. Nahezu ein Drittel der westdeutschen und etwa die Hälfte der ostdeutschen evangelischen Kirchenmitglieder sind 60 Jahre alt und älter, und: »Unter den Mitgliedern der beiden großen Konfessionen sind die häufigsten Gottesdienst- bzw. Messebesucher 60 bis 74 Jahre alte Frauen (30 %) – auch in der Altersgruppe der 75- bis 89-Jährigen geben immer noch 27 % der Frauen an, mindestens einmal im Monat in die Kirche zu gehen« (ebd., S. 412 f.). Im Vergleich zur christlichen Religion weist die islamische Religiosität dem Sechsten Altenbericht zufolge höhere religiöse Werte unter älteren Menschen auf: 40 % der Muslime im Alter von über 60 Jahren lassen sich als »hochreligiös« und weitere 51 % als »religiös mit mittlerer Ausprägung« beschreiben (BMFSFJ 2010a, S. 411). 35 % der älteren Muslime absolvieren fünfmal am Tag das Pflichtgebet und 27 % bejahen das Tragen eines Kopftuchs. Neben den beiden großen Religionen in Deutschland, dem Christentum und dem Islam, stellen die konfessionslosen Menschen vor allem in Ostdeutschland

die dritte relevante Gruppe. 33 % der ostdeutschen Älteren über 60 Jahre bezeichnen sich selbst als überzeugte Atheisten.

» 06.2 (Pflicht-)freie Zeit: Kultur, Reisen, 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 und für Freizeitaktivitäten steht mehr Zeit zur Verfügung. Der wachsenden Bedeutung dieses Bereichs entsprechen die steigenden Ausgaben, die mit zunehmendem Alter hierfür geleistet werden. Haushalte, deren Haupteinkommenspersonen zwischen 65 und 80 Jahre alt sind, geben im Vergleich zu anderen Altersgruppen den größten Anteil, nämlich knapp 13 % ihres Budgets für den Freizeitbereich aus (Statistisches Bundesamt et al. 2011a, S. 352). Bei den Ausgaben für Freizeitaktivitäten stehen dem Statistischen Bundesamt zufolge an erster Stelle neben nicht näher spezifizierten Freizeitdienstleistungen Bücher, Zeitungen und (Pauschal-)Reisen (Statistisches Bundesamt et al. 2011a, S. 352).

Nach einer Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie von 2009 wurden im Jahr 2007 27 % aller Kurzreisen und ebenfalls 27 % aller Urlaubsreisen (= fünf Tage oder länger)

von über 60-Jährigen absolviert (Grimm und Lohmann 2009, S. 9 f.). Diese Zahlen sollten aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass etwa 10 % der Rentnerhaushalte mit einem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen von unter 900 Euro auskommen müssen und keinen Anteil an dieser Art der Freizeitgestaltung haben (vgl. Kapitel 02.5).

Kulturelle Veranstaltungen werden von älteren Menschen nur selten besucht: 77,6 % der 55- bis 69-Jährigen und 85,4 % der 70- bis 85-Jährigen in Deutschland geben an, seltener als einmal im Monat bzw. nie eine kulturelle Veranstaltung zu besuchen (DEAS 2008: Besuch kultureller Veranstaltungen). Unterschieden in Ost- und Westdeutsche zeigt sich, dass die Ostdeutschen in noch geringerem Maße an kulturellen Veranstaltungen teilnehmen – ein Befund, der möglicherweise Hinweise auf die Angebotsstruktur in Ostdeutschland liefert (vgl. Tabelle 50 im Anhang).

Ein Ost-West-Unterschied tritt auch bei den Vereinsaktivitäten der älteren Menschen hervor. Zahlreiche ältere Menschen sind in organisierten Gemeinschaften aktiv.⁴⁸ Es sind mit 68,7 % vor allem Männer der Altersgruppe 55–69 Jahre in Westdeutschland, die in mindestens einem Verein, einer Gruppe oder Organisation Mitglied sind. Auch über die Hälfte der westdeutschen Frauen dieser Altersgruppe (59,9 %) berichten von mindestens einer Mitgliedschaft. Hingegen sind ostdeutsche Männer (47,4 %) und Frauen (45,1 %) zwischen 55 und 69 Jahren deutlich seltener Mitglied in einem Verein oder einer Organisation. Dieser regionale Unterschied verstärkt sich noch im höheren Alter: 62 % bzw. 52,3 % der 70- bis 85-jährigen Männer und Frauen in Westdeutschland sind in mindestens einem Verein Mitglied, aber nur 45,3 % bzw. 28,1 % der gleichaltrigen Männer und Frauen

48 Die Mitgliedschaft in Vereinen, Gruppen oder Organisationen wird im Deutschen Alterssurvey erhoben, ist aber nicht deckungsgleich mit dem ehrenamtlichen Engagement, das allerdings auch häufig im Rahmen von Vereinen erfolgt und weiter unten beschrieben wird.

sind es in Ostdeutschland. Auffällig ist der starke Ost-West-Unterschied auch bei der Art der Vereinsmitgliedschaften. Während zum Beispiel 37,5 % der westdeutschen Männer zwischen 55 und 69 Jahren Mitglieder in einem Sportverein sind, sind es unter den gleich alten Männern in Ostdeutschland nur 12,9 %, vgl. Tabelle 51 im Anhang (DEAS 2008: Mitgliedschaftsbereiche in Vereinen, Gruppen, Organisationen).

Wie erleben die älteren Menschen selbst ihre Freizeitgestaltung? Dem Deutschen Alterssurvey zufolge bewerten 71,1 % der 55- bis 69-Jährigen und 71,4 % der 70- bis 85-Jährigen ihre Freizeitgestaltung als »gut« oder »sehr gut«. Nur wenige ältere Menschen empfinden ihre Freizeit als »schlecht« oder »sehr schlecht«, unabhängig von ihrem Alter, Geschlecht und ob sie in Ost- oder Westdeutschland leben. Allerdings würde eine regional feiner differenziertere Erhebung, je nach lokaler Angebotsstruktur, sicher recht unterschiedliche Ergebnisse hervorbringen. Am negativsten bewerten Frauen zwischen 70 und 85 Jahren in Ostdeutschland (inkl. Ostberlin) ihre Freizeitgestaltung, nämlich zu 13,9 % als »schlecht« oder »sehr schlecht« (DEAS 2008: Bewertung der Freizeitgestaltung).

Altersgruppe	1999	2004	2009
65–74	26 %	31 %	33 %
Über 74	17 %	19 %	20 %
Durchschnitt Gesamtbevölkerung	34 %	36 %	36 %

Tab. 52: Engagementquote nach Alter im Zeitverlauf (BMFSFJ 2011, S. 8, eigene Darstellung)

Frage befassen, wird dieses Thema mit unterschiedlichen Begriffen beschrieben. Es geht um Ehrenamt, um Teilhabe oder Partizipation und um zivilgesellschaftliches bzw. freiwilliges Engagement. Der Freiwilligensurvey erfasst in fünfjährigen Abständen das gesellschaftliche Engagement und bildet die zentrale Basis der folgenden Ausführungen. Der Survey von 2010 verarbeitet Daten von 2009 (BMFSFJ 2010b). Laut der Veröffentlichung »Monitor Engagement« des BMFSFJ, in der die Ergebnisse des aktuellen Freiwilligensurveys zusammengefasst werden, wird das bürgerschaftliche bzw. freiwillige Engagement als »ein individuelles Handeln verstanden, das sich durch Freiwilligkeit, fehlende persönliche materielle Gewinnabsicht und eine Ausrichtung auf das Gemeinwohl auszeichnet« (BMFSFJ 2011, S. 4). Private Unterstützungsleistungen im Familien- und Freundeskreis werden nach dieser Definition nicht zum zivilgesellschaftlichen Engagement gezählt, da »der öffentliche Charakter der Aktivität nicht gegeben ist« (BMFSFJ 2010c, S. 10).

Eine eindeutige Abgrenzung der Begrifflichkeiten lässt sich aber teilweise nur schwer darstellen und die Verwendung eines übergeordneten Begriffs läuft Gefahr, wichtige Teilaspekte zu übersehen. Im Freiwilligensurvey wird deshalb auch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass »auch heute ... der Engagementforschung eine theoretische Integration von Begriffen wie öffentliche Beteiligung, freiwilliges, bürgerschaftliches oder ehrenamtliches Engagement,

06.3 Zivilgesellschaftliches Engagement, Ehrenamt 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

Altersgruppe	Freiwillig Engagierte in der Altersgruppe	Männliche freiwillig Engagierte	Weibliche freiwillig Engagierte
65–69	37 %	40 %	36 %
70–74	30 %	37 %	25 %
Über 75	20 %	24 %	18 %

Tab. 53: Freiwilliges Engagement nach Alter und Geschlecht (BMFSFJ 2010b, S. 159/169)

Zivilgesellschaft, Dritter Sektor und soziales Kapital [fehlt]« (BMFSFJ 2010b, S. 49). Daher stehen im Folgenden die Begriffe so nebeneinander, wie sie in den entsprechenden Quellen verwendet werden.

Das Engagement der 65- bis 74-Jährigen wird im Freiwilligensurvey positiv dargestellt: »Einen hohen Anteil ihrer durch den Austritt aus dem Erwerbsleben gewonnenen freien Zeit investieren sie⁴⁹ in ihr Engagement« (BMFSFJ 2011, S. 6). In der Gruppe der über 74-Jährigen, hier als »Hochbetagte« bezeichnet, nimmt das Engagement jedoch spürbar ab. Etwa ein Drittel der älteren Menschen und ein Fünftel der Hochbetagten engagieren sich, dem Freiwilligensurvey zufolge, zivilgesellschaftlich. Die Zahlen sind seit dem ersten Survey von 1999 leicht gestiegen (vgl. Tabelle 52).

In sämtlichen Altersgruppen engagieren sich eher Männer als Frauen zivilgesellschaftlich (BMFSFJ 2010b, S. 169). In der Altersgruppe 60–64 Jahre sind 40 % der Männer und 32 % der Frauen ehrenamtlich engagiert. In der Altersgruppe der 65- bis 70-Jährigen nähert sich das Engagement von Männern und Frauen an, um dann in den nächsten Altersgruppen bei den Frauen wieder stark abzunehmen. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede werden im Freiwilligensurvey damit erklärt, dass die Frauen zwar die sozialen Bereiche der Gesellschaft tragen, die

Männer aber traditionell eine starke Stellung im Vereinsbereich und im politischen bzw. berufsbezogenen Engagement einnehmen. In der Altersgruppe der über 75-Jährigen muss darüber hinaus der überdurchschnittlich hohe Anteil von Frauen in sehr hohem Alter berücksichtigt werden, die sich aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen tendenziell weniger zivilgesellschaftlich engagieren.

Auch im Deutschen Alterssurvey (DEAS) wird erfasst, in welchem Maße und in welchen Bereichen sich ältere Männer und Frauen am öffentlichen Leben beteiligen. Allerdings spricht der Alterssurvey nicht von Engagement, sondern von »Gesellschaftlicher Partizipation« (Naumann und Romeu Gordo 2010, S. 118 f.). Die Autorinnen unterscheiden hierbei berufliche und außerberufliche Partizipation. Da die 65- bis 80-Jährigen weitgehend nicht mehr beruflich tätig sind, werden hier nur die Befunde zur außerberuflichen Partizipation dargestellt. Der Begriff »Außerberufliche Partizipation« umfasst einerseits ehrenamtliches Engagement, zum Beispiel die Übernahme von Funktionen in Vereinen, Genossenschaften oder Selbsthilfegruppen, andererseits außerhäusliche Bildungsaktivitäten, zum Beispiel die Teilnahme an Kursen, Vorträgen oder politischen Veranstaltungen.

49 Damit sind die Angehörigen der Altersgruppe 65–74 Jahre gemeint.

	Keine Partizipation		Nur Bildung		Nur Ehrenamt		Beide	
	m	w	m	w	m	w	m	w
55–69 Jahre								
Westdeutschland	38,9	45,5	34,4	36,1	4,8	5,4	21,9	12,9
Ostdeutschland	53,8	62,5	31,6	28,1	2,7	1,4	11,9	8,1
Bundesgebiet	41,9	49,0	33,9	34,5	4,4	4,6	19,9	11,9
70–85 Jahre								
Westdeutschland	60,8	71,5	24,2	17,7	5,3	4,7	9,7	6,1
Ostdeutschland	69,6	79,6	18,3	14,7	4,0	3,7	8,0	2,0
Bundesgebiet	62,5	73,1	23,1	17,1	5,0	4,5	9,4	5,3

Tab. 54: Außerberufliche Partizipation nach Alter und Geschlecht in West- und Ostdeutschland (in Prozent) (Motel-Klingebiel, Wurm und Tesch-Römer 2010, Tabellenanhang A 5-2)

Die Ergebnisse bestätigen weitgehend die Aussage des Freiwilligensurveys, dass die (offiziell erfasste) Partizipation eher männlich ist und mit zunehmendem Alter abnimmt. Zusätzlich wird ein starker Unterschied in der außerberuflichen Partizipation ost- und westdeutscher Älterer deutlich (vgl. Tabelle 54): Während über die Hälfte der Westdeutschen in der Altersgruppe 55–69 Jahre im Bildungsbereich oder in einem Ehrenamt engagiert ist, haben über die Hälfte der ostdeutschen Menschen in diesem Alter keinen Anteil an der Beteiligung. Die Autorinnen treffen keine Aussage dazu, ob die Ursache in fehlendem Interesse seitens der älteren Menschen oder an fehlenden Beteiligungsstrukturen liegt. Auch vor dem Hintergrund der geringeren Vereinsaktivitäten ostdeutscher Älterer liegt der Schluss nahe, dass es in

vielen Regionen Ostdeutschlands schlicht an Gelegenheiten für Partizipation und Engagement mangelt.

In welchem Umfang der Bildungsstatus das zivilgesellschaftliche Engagement Älterer beeinflusst, wird im Freiwilligensurvey nicht mit Zahlen belegt. Ohne Bezug auf eine bestimmte Altersgruppe schreiben die Autoren des Surveys: »Arbeitslose, Menschen mit einfachem Sozial- und Bildungsstatus und solche mit einem Migrationshintergrund üben deutlich weniger als im Durchschnitt der Bevölkerung freiwillige Tätigkeiten aus« (BMFSFJ 2010b, S. 5–6). Diese Aussage wird, zumindest in Bezug auf den Einfluss des Bildungsstatus, durch die Zahlen des Deutschen Alterssurveys belegt (vgl. Tabelle 55).

In welchen Bereichen engagieren sich die älteren Menschen? Der Freiwilligensurvey bildet das Enga-

Bildungsstatus	Keine Partizipation		Nur Bildung		Nur Ehrenamt		Beide	
	55–69	70–85	55–69	70–85	55–69	70–85	55–69	70–85
Hohe Bildung	20	35	51	41	3	5	26	19
Mittlere Bildung	51	69	31	20	5	5	13	6
Einfache Bildung	74	86	16	8	3	4	7	2

Tab. 55: Außerberufliche Partizipation nach Bildungsstatus und Alter (in Prozent) (Naumann und Romeu Gordo 2010, S. 137)

gement älterer Menschen ab 65 Jahren in 14 unterschiedlichen Engagementbereichen ab. Auf eine differenzierte Darstellung des Engagements von älteren und hochaltrigen Menschen wird dabei verzichtet. Dafür wird aber die Veränderung des Engagements in den einzelnen Bereichen seit 1999 gezeigt. Während das Engagement in den Bereichen Gesundheit, Sport, Kirche und Naturschutz zugenommen hat, ging das Engagement für Bildung und Kultur zurück (siehe Abbildung 30 im Anhang). Die Gründe für die Veränderungen werden nicht im Einzelnen diskutiert. Es ist aber anzunehmen, dass sie unterschiedlichen Einflüssen geschuldet sind: Neben demografischen Effekten und Kohorteneffekten wirken sich auch zeitgeschichtliche Einflüsse, zum Beispiel Öffentlichkeitskampagnen und politische Bewegungen, auf die Bevorzugung bestimmter Engagementbereiche aus.

In welchen institutionellen Zusammenhängen engagieren sich ältere Menschen? Im Freiwilligensurvey 2009 wird der organisatorische Rahmen, in dem sich ältere Menschen engagieren, beschrieben (BMFSFJ 2011, S. 15). Die beteiligten 65- bis 74-Jährigen wählen überwiegend Vereine für ihr Engagement (41%) und in einem geringeren Umfang Kirchen (17,8%), Parteien (12,7%) und Initiativen bzw. Selbsthilfegruppen (10,4%). Stiftungen oder kommunale Einrichtungen spielen nur eine untergeordnete Rolle. In der Altersgruppe der über 75-Jährigen, die sich insgesamt deutlich weniger engagieren als jüngere Menschen, verlieren die Vereine ein wenig an Bedeutung, auch wenn sie immer noch die wichtigste Organisationsform bilden (37,2%). Kirchen (19,4%), Parteien (17,9%), Initiativen und Selbsthilfegruppen (13,4%) bilden dagegen etwas häufiger den Rahmen für Engagement.

Neben dem formellen zivilgesellschaftlichen Engagement äußert sich der Freiwilligensurvey auch zum informellen Engagement, das sich etwa in nachbarschaftlicher Unterstützung abbildet. Während das

formelle Engagement in einen organisatorischen Rahmen eingefügt ist und von den Beteiligten Verbindlichkeit fordert, findet das informelle Engagement außerhalb der offiziellen Strukturen statt, ist aber dafür häufig von Reziprozität geprägt.

Dem Freiwilligensurvey zufolge leisten ältere Menschen und Hochbetagte, die sich zivilgesellschaftlich engagieren, auch eher informelle Unterstützung für andere (73%/60%), während die formell nicht Engagierten sich, relativ gerechnet, seltener informell engagieren (50%/33%) (BMFSFJ 2011, S. 16). Diese Zahlen lassen den Schluss zu, dass sich die Nicht-engagierten nicht statt im formellen im informellen Sektor engagieren, sondern dass es eine grundsätzliche Bereitschaft zum Engagement gibt bzw. nicht gibt. Ein großer Teil der informellen Hilfe erfolgt in privaten Haushalten. Mit zunehmendem Alter leisten die Menschen weniger (informelle) Hilfe im Haushalt, während sie eher Hilfe empfangen (siehe Kapitel 03).

Warum engagieren sich die älteren Menschen? Der Freiwilligensurvey schlägt verschiedene Gründe für das Engagement vor, die auf einer Skala von 1 = »ist mir unwichtig« bis 5 = »ist mir außerordentlich wichtig« bewertet werden können (BMFSFJ 2011, S. 17). Am höchsten bewerten ältere und hochbetagte Menschen die Interaktion mit anderen als Grund für ihr Engagement, wie zum Beispiel »Anderen Menschen helfen« (4,2/4,4), »Sympathische Menschen kennenlernen« (4,0/4,1) oder »Etwas für das Gemeinwohl tun« (4,1/4,1). Am niedrigsten wird der Grund »Eigene Interessen vertreten« (2,7/2,8) bewertet. Ein sehr wichtiger Grund für zivilgesellschaftliches Engagement älterer Menschen ist jedoch: »Spaß haben« (4,2/4,2).

Tesch-Römer verweist auf die Beziehung zwischen freiwilligem Engagement und Wohlergehen und führt aus, dass sich Engagement in einer reduzierten Mortalität, der Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit, der Erhöhung der subjektiven Gesundheit,

einer verringerten Depressivität und einer Zunahme der Lebenszufriedenheit ausdrückt (Tesch-Römer 2012, S. 6). In diesem Zusammenhang muss aber berücksichtigt werden, dass ein besseres Wohlergehen vermutlich auch die Bereitschaft, sich freiwillig zu engagieren, deutlich fördert.

Weiterbildung

Weiterbildung und lebenslanges Lernen sind wichtige Faktoren, um die individuellen Ressourcen zu stärken, ein gesundes Altern zu erleichtern und gesellschaftliche Partizipation bzw. Engagement zu ermöglichen. Gegenwärtig wird die Weiterbildungsbeteiligung von älteren Menschen vor allem im Rahmen der betrieblichen Weiterbildung älterer Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen unter 65 Jahren diskutiert und statistisch erfasst (Statistisches Bundesamt 2011p, S. 21). Der Bildungsbericht 2010 betont aber mit Hinblick auf die demografische Entwicklung die zunehmende Bedeutung der Weiterbildung auch für Menschen über 65 Jahre: »Wenn aber 2025 der Anteil der über 64-Jährigen an der Gesamtbevölkerung auf 26 % ... ansteigt, gehören institutionalisierte Bildungsmöglichkeiten auch für die nicht mehr erwerbstätige Bevölkerung zu den wichtigen Voraussetzungen sozialer Teilhabe« (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2010, S. 184).

Auch heute haben die über 65-Jährigen schon einen deutlichen Anteil an der Nutzung von Weiterbildungsangeboten. Der Bildungsbericht 2010 beziffert den Anteil der 65- bis 80-Jährigen, die 2007 an Weiterbildungen teilgenommen haben, auf 12 % der Altersgruppe und erwartet bis 2025 einen Anstieg dieser Quote auf 17 % (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2010, S. 185). Die Weiterbildung im Alter erfolgt häufig im Rahmen der Volkshochschulen (VHS), weniger der Universitäten. Im Jahr 2008 belegen 812.918 Personen über 65 Jahre einen Volkshochschulkurs. Diese Zahl entspricht einem Anteil von 12,5 % VHS-Nutzerinnen und -Nutzer (Autorengruppe

Bildungsberichterstattung 2010, S. 331, Tabelle H 4.5-2A). In den folgenden Jahren steigt der Anteil der älteren Menschen, die einen VHS-Kurs besuchen, stetig: auf 13,4 % (2009) bzw. 13,8 % (2010) aller Kursteilnehmerinnen und -nehmer (dvv 2011, S. 55).

Diese Zahlen sind deutlich positiver als die Angaben der Altersgruppe im Deutschen Alterssurvey zum Besuch von Bildungsveranstaltungen: 90,6 % der 55- bis 69-Jährigen bzw. 94,5 % der 70- bis 85-Jährigen besuchen im Jahr 2008 nach eigenen Angaben selten oder nie einen Kurs oder einen Vortrag (DEAS 2008: Besuch von Bildungsveranstaltungen). Dagegen geben im Jahr 2007 34 % der 65- bis 80-Jährigen an, sich innerhalb des letzten Jahres vor der Befragung aus privaten Gründen bewusst selbst etwas beigebracht zu haben (Statistisches Bundesamt 2011b, S. 31).

06.4 Mediennutzung

Mit welchen Medien informieren sich die älteren Menschen und durch welche Medien kann die Zielgruppe erreicht werden? Zum Medienverhalten der Deutschen gibt es eine Vielzahl von unterschiedli-

Mehrmals in der Woche	60–69 Jahre	> 70 Jahre
Fernsehen	93,5 %	95,7 %
Zeitungen lesen	88,4 %	87,2 %
Radio hören	85,9 %	80,4 %
PC, Laptop/Notebook nutzen	41,5 %	17,8 %
Zeitschriften lesen	35,3 %	38,3 %

Tab. 56: Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung 2011 nach Altersgruppe (ARD Medien Basisdaten 2011, eigene Darstellung)

	2009		2010		2011	
Alter	West	Ost	West	Ost	West	Ost
> 65	294	318	299	328	297	322

Tab. 57: Sehdauer (TV) der über 65-Jährigen, unterteilt nach West- und Ostdeutschland von 2009 bis 2011, in Minuten pro Tag (ARD Medien Basisdaten 2011, eigene Darstellung)

chen Erhebungen, zum Beispiel zur Internetnutzung oder über die bevorzugten Presseerzeugnisse. Vor allem die Daten zur Internetnutzung unterliegen gegenwärtig (noch) einem sehr schnellen Wandel, der mit der rasanten technischen Entwicklung einhergeht. Beispielsweise haben sich Zugänglichkeit und Verfügbarkeit des Internets mit schnellen flächendeckenden Netzen, relativ günstigen Geräten und der Ausstattung fast sämtlicher Arbeitsplätze mit Computern in den vergangenen Jahren drastisch geändert. Tatsächlich aussagekräftig sind in diesem Bereich daher nur sehr aktuelle Daten.

Die Daten zur Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung im Jahr 2011, die der Fernsehsender ARD (ARD Medien Basisdaten 2011) auf Grundlage der repräsentativen Daten der Media Analyse 2011 Radio II darstellt, zeigen, dass die älteren Menschen zum überwiegenden Teil mehrmals in der Woche fernsehen, Zeitung lesen und Radio hören, wobei der Fernseher das bevorzugte Medium ist (vgl. Tabelle 56). Die Medien Fernsehen, Hörfunk und Zeitungen bzw. Zeitschriften werden im folgenden Abschnitt neben der Internetnutzung daher ausführlich behandelt.

Fernsehen/Radio

In welchem Umfang nutzen die älteren Menschen das Fernsehen oder das Radio? Im Rahmen der Medienanalyse 2011 wird die (Fern-)Sehdauer der ost- und westdeutschen älteren Menschen im Verlauf der letzten drei Jahre dargestellt. Die tägliche Zeit, die das Fernsehen im Durchschnitt unter den über

65-Jährigen beansprucht, bewegt sich in dem betrachteten Zeitraum mit circa fünf Stunden pro Tag auf relativ hohem Niveau (vgl. Tabelle 57). Die Daten der Medienanalyse zeigen, dass die vor dem Fernseher verbrachte Zeit mit zunehmendem Alter kontinuierlich steigt. Das entspricht den Ausführungen von Blödorn, in denen der höhere Fernseh- und Radiokonsum im Alter damit begründet wird, dass ältere Menschen sich häufiger in der eigenen Wohnung aufhalten und daher eher Gelegenheit zum Fernsehen oder Radiohören haben (Blödorn 2009, S. 159). In sämtlichen Altersgruppen verbringen Ostdeutsche mehr Zeit vor dem Fernsehgerät als Westdeutsche. Im Jahr 2011 sehen ältere ostdeutsche Menschen in der Altersgruppe 65+ circa 5 Stunden und 20 Minuten und westdeutsche Ältere knapp 5 Stunden am Tag fern.

Im Gegensatz zum Fernsehen nimmt der Radiokonsum mit zunehmendem Alter ab, wobei im Laufe der vergangenen Jahre durchaus Schwankungen zu verzeichnen waren (vgl. Tabelle 58). Hinzu kommt, dass die vor dem Radio verbrachte Zeit insgesamt und über alle Altersgruppen gerechnet in den vergan-

Altersgruppe	2009	2010	2011
60–69	205	211	207
70+	165	180	171

Tab. 58: Hörfunknutzung der älteren Menschen im Zeitverlauf nach Alter in Minuten pro Tag (ARD Medienbasisdaten 2011, eigene Darstellung)

genen Jahren zurückgegangen ist. Diese Entwicklung wird sich möglicherweise künftig auch stärker in den höheren Altersgruppen abbilden.

Das Medienverhalten ist Blödorn zufolge geprägt von den individuellen Medienerfahrungen im Lebenslauf (Blödorn 2009, S. 161). Die Angehörigen älterer Generationen nutzen eher die Angebote der öffentlich-rechtlichen Sender, vor allem die dritten (regionalen) Programme der ARD erfreuen sich großer Beliebtheit (vgl. Tabelle 59 im Anhang). Der Marktanteil der privaten Fernsehsender ist in den höheren Altersgruppen gering, steigt jedoch unter den jüngeren Kohorten deutlich an (ebd., S. 167). Die von den älteren Menschen bevorzugten Sendungen sind zu einem großen Teil Informationssendungen und im Vergleich zu jüngeren Kohorten weniger Unterhaltungssendungen (vgl. Tabelle 60 im Anhang).

Druckmedien: Zeitungen und Zeitschriften

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. Es sei dabei ausdrücklich darauf verwiesen, dass der Überblick nur relativ ist, weil die Erhebung die Verbreitung der Medien, aber nicht deren tatsächliche Lektüre ermittelt. Ob und in welchem Ausmaß die jeweilige Zeitschrift von der Zielgruppe auch gelesen wird, lässt sich aus den Daten nicht ableiten. Regionale Tageszeitungen werden in der Erhebung nicht in der Summe, sondern nur 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 wöchentlich zahlreichen Tageszeitungen beiliegen, auf die allgemeine Verbreitung der Tageszeitungen schließen (siehe Tabelle 61 im Anhang).

Führendes Presseerzeugnis bei den Männern ist mit einer Reichweite von 46,1 bzw. 38,8 % die ADAC-Motorwelt, die an alle ADAC-Mitglieder kostenfrei zugesandt wird. Ebenfalls kostenlos ist die Apotheken-Umschau, die im 4. Quartal 2011 mit einer Auflage von circa 10 Millionen in den Apotheken an Kundinnen und Kunden verteilt wurde. Angaben zur Reichweite innerhalb der hier betrachteten Altersgruppen können anhand der vorliegenden Daten allerdings nicht getroffen werden⁵⁰ (siehe Tabelle 62 im Anhang).

Internet

In welchem Umfang nutzen die älteren Menschen das Internet? Diese Frage ist deshalb von besonderem Interesse, weil zahlreiche Informationen inzwischen bevorzugt über das Internet verbreitet werden. Der Abruf mobiler Dienstleistungen, die Kommunikation via E-Mail oder die Nutzung von digitalen Dienstleistungen – beispielsweise im AAL- und E-Health-Bereich – kann 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.

Die Initiative D21 e. V. erhebt jährlich mit einer repräsentativen Umfrage die Internetnutzung innerhalb der zurückliegenden zwölf Monate, differenziert nach Geschlecht, Alter und Wohnregionen der Befragten. Während die jüngeren Jahrgänge (14–29 Jahre) nahezu vollständig – nämlich zu 97,3 % – das Inter-

50 Vgl. www.tkp-monitor.de/ZG/ZG_15.html. Zugriff am 3.4.2012.

Altersgruppe	Onliner*		Nutzungsplaner		Offliner	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
60–69 (2010)	65,8	43,1	4,2	6,2	30,0	50,6
60–69 (2011)	66,7	48,5	4,9	6,3	28,4	45,2
70+ (2010)	36,6	14,4	3,9	3,9	59,5	81,6
70+ (2011)	36,4	16,5	3,7	3,4	59,9	80,0

* Onliner = Nutzer/-innen des Internets, unabhängig von Ort und Grund der Nutzung; Nutzungsplaner = Nichtnutzer/-innen mit der Absicht, innerhalb der nächsten zwölf Monate das Internet zu nutzen; Offliner/-innen = Nichtnutzer/-innen bzw. keine Nutzungsplanung.

Tab. 63: Entwicklung der Internetnutzung 2010/2011, nach Altersgruppe und Geschlecht (in Prozent) (Initiative D21 e. V. und TNS Infratest GmbH 2011, S. 44; Initiative D21 e. V. und TNS Infratest GmbH 2010, eigene Darstellung)

net benutzen, nimmt die Nutzerquote mit zunehmendem Alter deutlich ab (Initiative D21 e. V. und TNS Infratest GmbH 2011, S. 10 f.). Ältere Männer zwischen 60 und 69 Jahren sind mit 66,7 % erheblich öfter Internetnutzer (in der Studie werden sie als »Onliner« bezeichnet) als die Frauen mit 48,5 %. Ab 70 Jahren überwiegt der Anteil der Menschen, die das Internet nicht benutzen und dies auch für die Zukunft nicht planen. Etwa ein Drittel der Männer und nur etwa ein Sechstel der Frauen nutzen in dieser Altersgruppe das Internet. Allerdings greifen in beiden Altersgruppen auch zunehmend Frauen auf das Internet zurück: Von 2010 zu 2011 stieg der Anteil der älteren Internetnutzerinnen um 5,4 bzw. 2,1 Prozentpunkte.

Im regionalen Vergleich in der Altersgruppe 50+ zeigen sich deutliche Unterschiede nach Bundesländern. Während in Bremen mit 62,2 % der höchste Anteil an Internetnutzerinnen und -nutzern in dieser Altersgruppe gezählt wurde, überwiegen in den ostdeutschen Bundesländern die »Offliner«, dabei bildet Sachsen-Anhalt mit nur 39,0 % »Onlinern« im Alter 50+ das Schlusslicht (Initiative D21 e. V. und TNS Infratest GmbH 2011, S. 48). Ebenfalls unterschiedlich ist die Internetnutzung nach Altersgruppe und Bildung. In der Altersgruppe 50+ nutzen 79 % der

Akademikerinnen und Akademiker das Internet, aber nur 23,5 % der Volksschulabsolventen ohne Berufsausbildung (ebd., S. 50). Leider legt die Studie keine regionalen oder bildungsspezifischen Daten für die Altersgruppe 70+ vor. Es ist aber zu vermuten, dass insbesondere ältere Menschen mit niedrigen Bildungsabschlüssen in Ostdeutschland das Internet *nicht* nutzen. Diese Hypothese, sollte sie bestätigt werden, muss angesichts des steten Abbaus der Infrastruktur in den »schrumpfenden Regionen« der ostdeutschen Länder als Risikofaktor für ein gesundes Leben im Alter gedeutet werden.

Einer Befragung des Statistischen Bundesamtes im ersten Quartal 2011 zufolge nutzten 35 % der über 65-Jährigen (47 % der Männer und 26 % der Frauen) mindestens einmal in den zurückliegenden drei Monaten den Computer (Statistisches Bundesamt 2011q, S. 16 f.). 31 % der Personen aus dieser Altersgruppe (43 % der Männer, 22 % der Frauen) waren in diesem Zeitraum im Internet. Im Vergleich antworten 99 % der 16- bis 24-Jährigen, dass sie in den vergangenen drei Monaten im Internet waren bzw. einen Computer genutzt haben. Von den über 65-Jährigen, die in den vergangenen drei Monaten vor der Befragung den Computer genutzt haben, taten dies 97 % zu Hause und 64 % jeden oder fast jeden Tag. Die

Internetaktivität	Männer 65+	Frauen 65+
Suche von Informationen über Waren/Dienstleistungen	82 %	73 %
Nutzung von Reisedienstleistungen	77 %	70 %
Informationen zu Gesundheitsthemen	71 %	78 %
Lesen/Herunterladen von Onlinenachrichten	68 %	51 %
Nutzung von Onlinelexika	63 %	56 %

Tab. 64: Internetaktivität zu privaten Zwecken in den vergangenen drei Monaten (bezogen auf das 1. Quartal 2011) bei Internetnutzerinnen und -nutzern 65+ (Statistisches Bundesamt 2011q, S. 37, eigene Darstellung)

deutliche Mehrheit der »Onliner« besteht demnach aus regelmäßigen und häufigen Nutzerinnen und Nutzern, wobei mit 72 % erneut die Männer öfter einen täglichen oder fast täglichen Gebrauch berichten als die Frauen mit 54 %. Zur Nutzung des Internets befragt, sagen 69 % der männlichen und 47 % der weiblichen »Onliner« über 65 Jahre, dass sie täglich oder fast täglich im Internet seien.

Zu welchem Zweck wird das Internet von den älteren Menschen – wenn überhaupt – genutzt? Laut Statistischem Bundesamt kommunizieren im Jahr 2011 28 % der über 65-jährigen Nutzerinnen und Nutzer in sozialen Netzwerken. 78 % holen über das Internet Informationen über Waren und Dienstleistungen ein und 43 % erledigen ihre Bankgeschäfte online (Statistisches Bundesamt 2011q, S. 33). Tabelle 64 zeigt, worüber sich die älteren Männer und Frauen im Internet informieren. Während von den Männern vor allem Informationen zu Waren und Dienstleistungen abgefragt werden, interessieren sich die Frauen insbesondere für Informationen zu Gesundheitsthemen.

Befragt nach ihrem Onlinekaufverhalten, geben 38 % der über 65-jährigen Internetnutzerinnen und -nutzer an, innerhalb der letzten drei Monate Waren oder Dienstleistungen über das Internet bestellt zu haben (Statistisches Bundesamt et al. 2011o, S. 350). Männer buchen dabei überwiegend Urlaubsunterkünfte, während Frauen außerdem vor allem

Kleidung und Sportgeräte bestellen. Bei diesen Zahlen muss allerdings die Qualität und Reichweite der Onlineportale für bestimmte Warengruppen berücksichtigt werden, zum Beispiel die Popularität bestimmter Tourismus- oder Warenportale (Amazon o. Ä.). Daher sind nur begrenzt Rückschlüsse auf die tatsächlichen Bedarfe der Zielgruppe zulässig. Siehe auch Tabelle 65 im Anhang.

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 noch relativ klein ist. In Zukunft wird diese Gruppe allerdings mit Sicherheit größer, da die entsprechenden, internetaffinen Generationen nachwachsen. Allerdings hat die Gruppe der jetzt hochaltrigen Menschen, vor allem der Frauen, bislang keinen nennenswerten Zugang zum Internet gefunden. Vor diesem Hintergrund wäre es interessant, geschlechtsspezifische Konzepte zur Förderung der Internetnutzung im hohen Alter zu entwickeln.

» 06.5 Mobilität

Wie mobil sind die älteren Menschen? Welche Verkehrsmittel benutzen sie wann, wie oft und zu welchem Zweck? Die Studie »Mobilität in Deutschland 2008« (MiD 2008) (DLR und infas 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 Erhebun-

gen 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 lange sind sie unterwegs und welche Entfernungen bewältigen sie dabei im Durchschnitt? Diese grundlegenden Kenngrößen zur Beschreibung der Mobilität werden in der Studie in Abhängigkeit von der Altersgruppe erhoben. Damit lässt sich die Entwicklung der außerhäuslichen Mobilität über die Lebensalter abbilden. Die durchschnittliche »Unterwegszeit« ist im Erwachsenenalter relativ konstant bei 80–86 Minuten pro Tag und nimmt erst für die Altersgruppe 74+ ab. Ältere Menschen im Alter zwischen 65 und

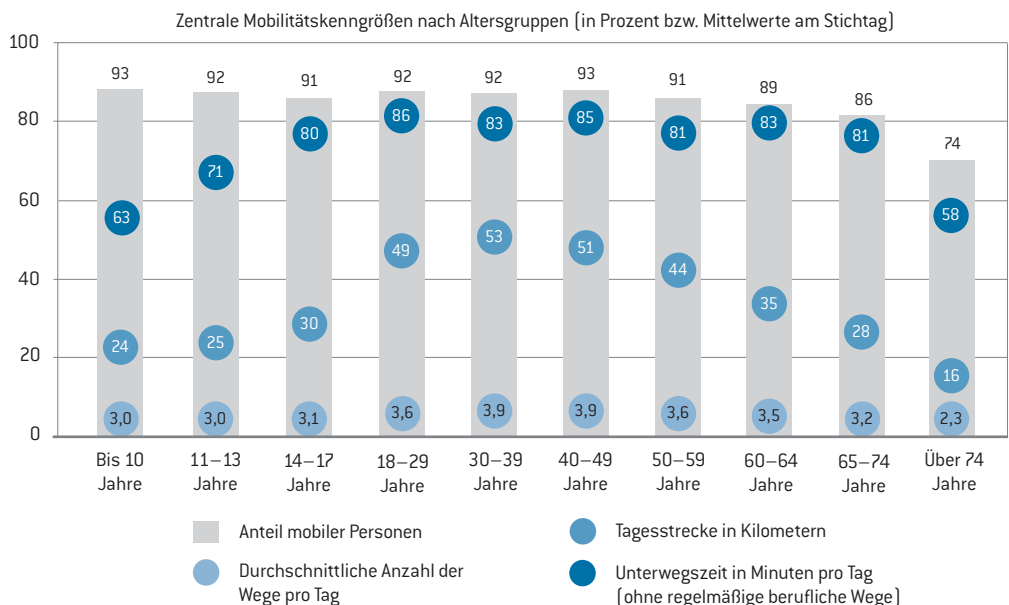


Abb. 31: Wegestrecken, Wegdauer, Anzahl der Wege pro Tag nach Alter (MiD 2008) (DLR und infas 2010, S. 75)

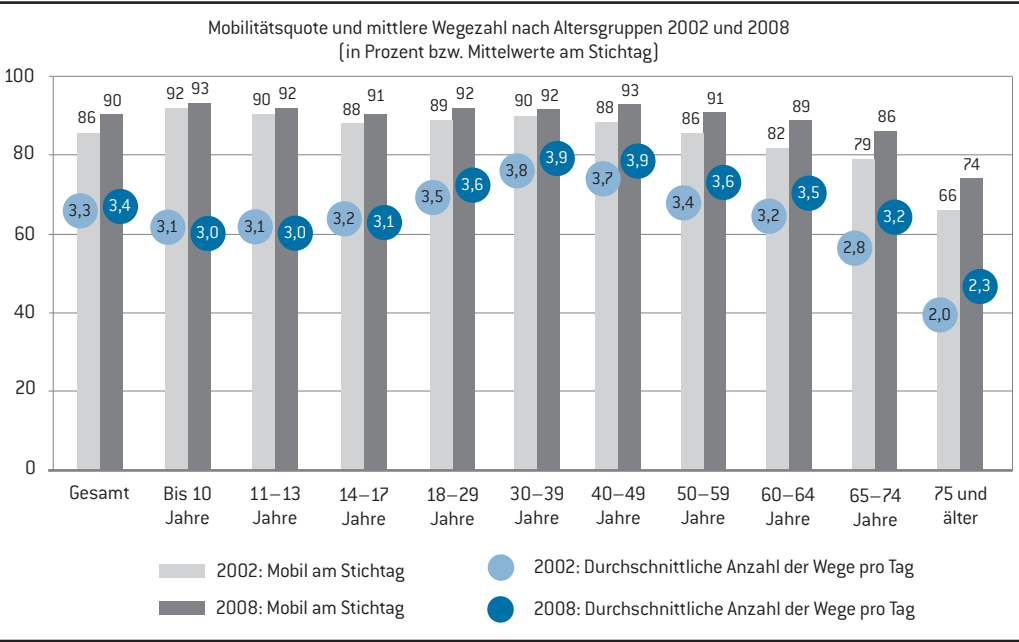


Abb. 32: Mobilitätsquote und mittlere Wegezahl nach Alter, 2002 und 2008 (MiD 2008) (DLR und ifas 2010, S. 171)

74 Jahren legen 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 von über 74 Jahren sinken diese Werte: Es werden pro Tag nur noch durchschnittlich 2,3 Wege zurückgelegt, dabei werden im Mittel in einem Zeitraum von 58 Minuten 16 Kilometer zurückgelegt.

Die Daten zeigen, dass mit zunehmendem Alter die Wege kürzer und die relative Wegedauer länger werden. In der Altersgruppe 65–74 Jahre werden pro Kilometer im Durchschnitt etwa 2,9 Minuten benötigt, während in der Altersgruppe 74+ die gleiche Strecke in durchschnittlich 3,6 Minuten – und damit fast um ein Drittel der Zeit langsamer – zurückgelegt wird.

Daraus lässt sich folgern, dass die betrachtete Altersgruppe andere, eventuell langsamere Verkehrs-

mittel für ihre Wege einsetzt, sich insgesamt langsamer fortbewegt oder auf ihren Wegen Pausen einlegt. Darüber hinaus nimmt 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 über 74-Jährigen hat das Haus also überhaupt nicht verlassen.

Die Studie bewertet die Entwicklung der Mobilitätsquoten vor dem Hintergrund der anteiligen Entwicklung der Altersgruppe zwischen 2002 und 2008 (ebd., S. 171). Dabei bildet sich im Zeitverlauf ein deutlicher Anstieg der Mobilitätsquote von älteren Menschen ab, sowohl der über 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, steigt deutlich an (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 32). Während der Anteil der 65- bis 74-Jährigen an der Gesamtbevölkerung in diesem Zeitraum um 20 % wächst, nimmt der Anteil ihrer Wege am Gesamtwegeaufkommen um 32 % zu. Der Anteil der über 74-Jährigen an der Bevölkerung nimmt um 12 % zu und ihr Anteil am Gesamtwegeaufkommen wächst 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 liegt jedenfalls »die Veränderung des Mobilitätsverhaltens in der Gruppe der

Älteren ... somit merklich über immer wieder geäußerte(n) Erwartungen« (ebd., S. 171).

Warum sind die älteren Menschen unterwegs? In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen dominieren mit einem Anteil von 39 % die Wege, die im Rahmen der Freizeit zurückgelegt werden, gefolgt von Einkäufen (33 %) und privaten Erledigungen (21 %). Letztere Anlässe nehmen bei den über 74-Jährigen noch leicht zu, während die Freizeitwege etwas weniger werden. Im Gegensatz zu jüngeren Altersgruppen werden von den älteren Menschen erwartungsgemäß kaum noch Wege aus beruflichen Gründen absolviert. Die Verteilung der Wegezwecke unterscheidet sich bei den älteren Menschen, im Gegensatz zu jüngeren Altersgruppen, nicht nach Geschlecht (vgl. Abbildung 33 und 34 im Anhang).

Verkehrsmittel

Welche Verkehrsmittel benutzen die älteren Menschen, um ihre Ziele zu erreichen? Die MiD-Studie

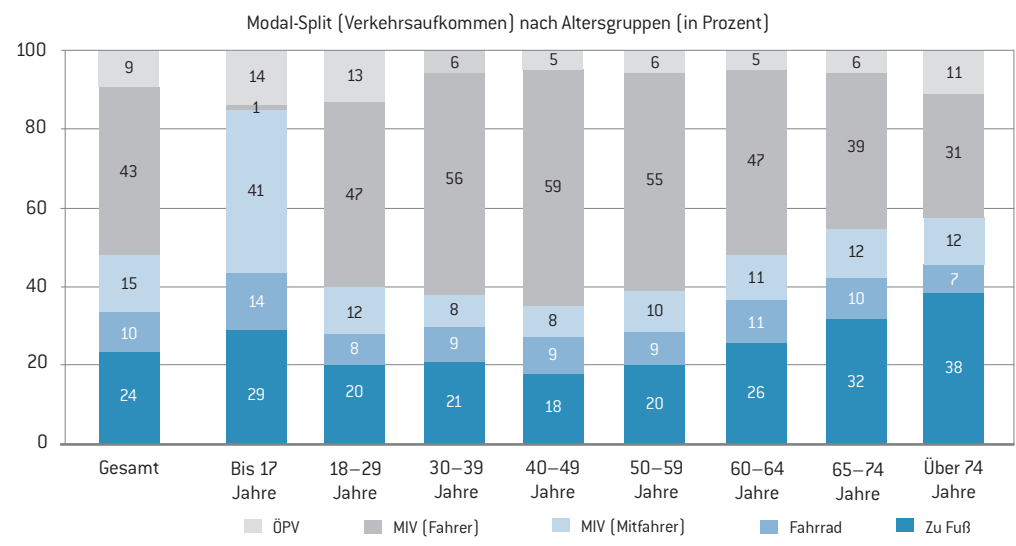


Abb. 35: Verkehrsaufkommen nach Verkehrsmitteln, nach Alter (MiD 2008) (DLR und infas 2010, S. 77)

unterscheidet nach »Öffentlicher Personenverkehr« (ÖPV), »Motorisierter Individualverkehr« (MIV) als Fahrer/-in oder Mitfahrer/-in, »Fahrrad« oder »zu Fuß«. Die Mobilität der 30- bis 60-Jährigen ist vorwiegend durch den Motorisierten Individualverkehr geprägt (DLR und infas 2010, S. 77). Ab dem Alter von 60 Jahren wird der Pkw seltener genutzt, von 55 % der 55- bis 59-Jährigen fällt der Anteil auf 47 % der 60- bis 64-Jährigen (vgl. Abbildung 35). Mit dem Wegfall der berufsbedingten Wege und altersbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen (etwa Verminderung der Sehkraft) geht häufig auch ein Verzicht auf den Pkw einher. Andererseits ist diese Tendenz aber auch ein Kohorteneffekt, da vor allem die Anzahl der selbst fahrenden Frauen in den höheren Altersgruppen viel geringer ist (vgl. Abbildung 37).

Der prozentuale Anteil der älteren Menschen, die in einem Pkw *mit*fahren, beträgt bei den über 65-Jährigen 12 %. Der Anteil derjenigen, die das Fahrrad zur Fortbewegung nutzen, sinkt von 10 % (65–74 Jahre) auf 7 % der über 74-Jährigen. Dagegen steigt der Anteil der ÖPV-Nutzerinnen und -Nutzer von 6 auf 11 %. Auch die Anzahl der Wege, die zu Fuß bewältigt werden, nimmt zu: 32 % der 65- bis 74-Jährigen und 38 % der über 74-Jährigen gehen 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.

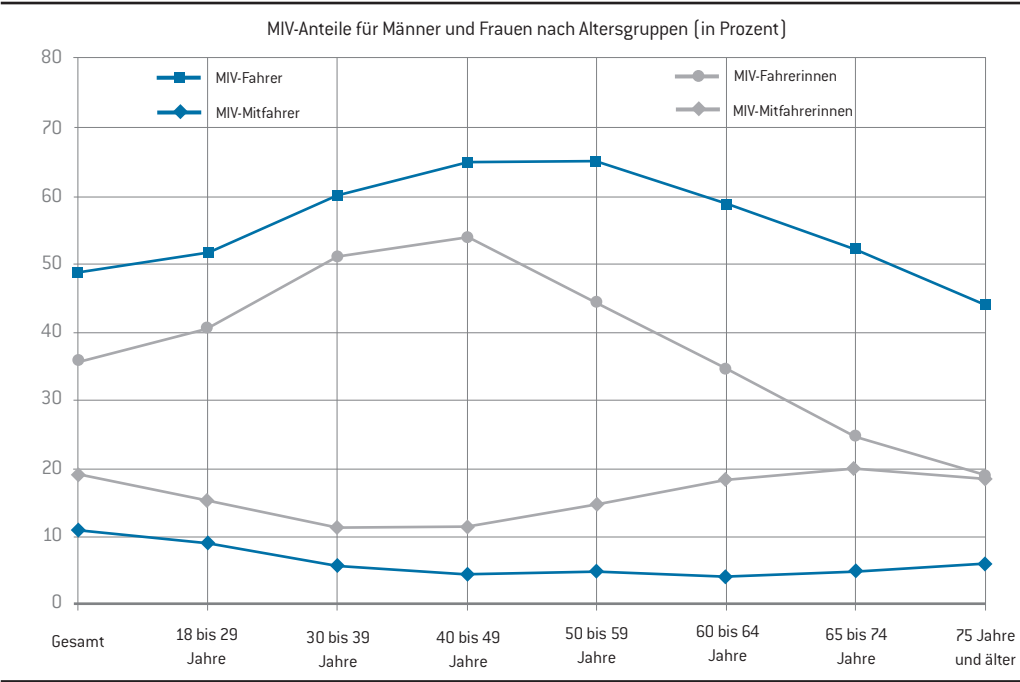
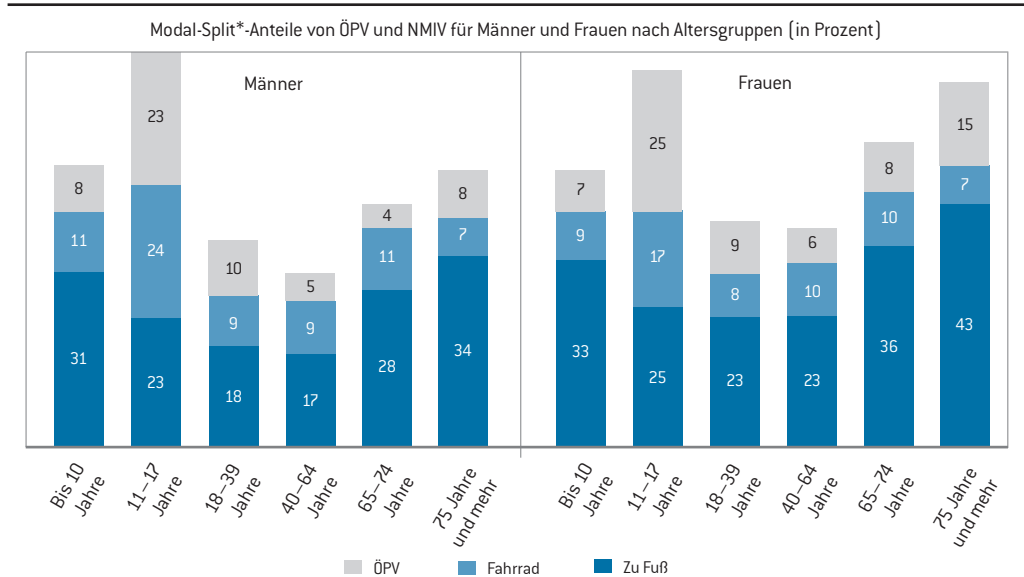


Abb. 37: MIV-Anteile nach Geschlecht und Alter in 2008 (MiD 2008) (DLR und infas 2010, S. 94)



* Der Modal-Split bezeichnet die Verteilung des Verkehrsaufkommens auf unterschiedliche Verkehrsmittel.

Abb. 38: ÖPV- und NMIV-Anteile nach Geschlecht und Alter in 2008 (DLR und infas 2010, S. 104)

Motorisierter Individualverkehr

Der Erwerb eines Führerscheins ist für viele Menschen das entscheidende Erlebnis ihrer Mobilitätsbiografie (DLR und infas 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 Führerscheins im Alter.

Während im Gegensatz zu den Frauen vor allem die Männer früherer Kohorten einen Führerschein und einen Pkw besitzen⁵¹, nimmt die Anzahl der Führerscheinbesitzerinnen in den nachfolgenden Generationen kontinuierlich zu. Abbildung 36 im Anhang

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 besitzen, im Vergleich zu 2002 deutlich gestiegen ist. Obwohl mehr ältere Menschen als Pkw-Fahrerin bzw. -Fahrer am Verkehrsgeschehen teilnehmen, wird die Unfallquote dadurch nicht signifikant verschlechtert. Wie bereits in Kapitel 04 dargestellt wurde, wird ein Pkw-Unfall deutlich seltener durch ein Fehlverhalten der älteren Menschen verursacht, als durch eines anderer Altersgruppen.

Abbildung 37 belegt zusätzlich, wie stark sich der Anteil der selbstfahrenden Männer von dem der

51 2002 besitzen nur 47 % der Frauen im Alter 75+ (= Jahrgang 1928 und älter) einen Führerschein (DLR und infas 2010, S. 70).

selbstfahrenden Frauen in den höheren Altersgruppen unterscheidet. Der Anteil der Pkw-Fahrerinnen entspricht etwa dem der Pkw-Mitfahrerinnen. Dagegen ist der Anteil der Pkw-Mitfahrer unter den älteren Männern konstant niedrig.

Öffentlicher Personennahverkehr (ÖPV)

Der überwiegende Anteil der älteren Menschen ist mithilfe eines Pkws oder zu Fuß mobil. Der Anteil derjenigen 65- bis 74-Jährigen, die den Öffentlichen Personennahverkehr nutzen, ist mit 6 % ähnlich niedrig wie in der jüngeren Altersgruppe (40–64 Jahre).

Erst ab 75 Jahren steigt der Anteil auf 11 % und nähert sich damit wieder den Werten der unter 30-Jährigen an. Sowohl bei den 65- bis 74-Jährigen als auch bei den über 74-Jährigen ist der Anteil der Frauen, die den ÖPV nutzen, etwa doppelt so hoch wie bei den gleichaltrigen Männern (siehe Abbildung 38 auf Seite 105).

Die Studie gibt leider keine Auskunft darüber, wie sich Seniorentickets 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 (zum Beispiel, weil der Führerschein abgegeben wurde). Möglicherweise handelt es sich also bei dem Anstieg der ÖPV-Nutzung nicht um einen altersbedingten Effekt, sondern um einen Kohorteneffekt, der auf die niedrigere Führerscheinquote zurückzuführen ist.

Fahrradfahren und Zu-Fuß-Gehen

Mit zunehmendem Alter werden mehr Wege zu Fuß erledigt. Vor allem die über 74-jährigen Frauen gehen fast die Hälfte ihrer Wege zu Fuß. Ob diese Entwicklung der abnehmenden Verfügbarkeit anderer Verkehrsmittel geschuldet ist, zum Beispiel einer Abnahme der Pkw-Mitfahrgelegenheiten nach dem Tod des (männlichen) Partners bzw. der Pkw-Fahrten

nach der Rückgabe des Führerscheins, lässt sich aus den Daten nicht ableiten.

Während der Anteil der Fußwege zunimmt, nimmt der Anteil der Radfahrten mit zunehmendem Alter erwartungsgemäß ab. Allerdings legen noch 7 % der über 74-Jährigen ihre Wege mit dem Fahrrad zurück. Dabei schützen sich nur wenige ältere Menschen mit einem Fahrradhelm: 81 % der 65- bis 74-Jährigen und 87 % der über 74-Jährigen geben an, nie einen Fahrradhelm zu tragen (vgl. Abbildung 39 im Anhang).

06.6 Fazit

Wie gestalten die älteren Menschen ihre freie Zeit? Wie bewerten sie ihre Lebensqualität, wie informieren sie sich und wie mobil sind sie? Diese unterschiedlichen Aspekte werden im vorliegenden 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 und sich für die Gesellschaft engagieren. Die Altersgruppe ist mobiler als frühere Generationen und vertritt, zumindest was das Rollenverständnis von Mann und Frau angeht, egalitäre Einstellungen als die vorangegangenen Älteren. Kulturelle Aktivitäten und Weiterbildung spielen in dieser Altersgruppe zurzeit (noch) keine wesentliche Rolle.

Es zeigt sich, wie sehr die Gestaltung des Alltags und die Bewertung der Lebensqualität von den jeweiligen Ressourcen und Lebenslagen der älteren Menschen abhängen. Vor allem ältere Menschen, die in Ostdeutschland wohnen, sind in geringerem Maße an einer aktiven Alltagsgestaltung beteiligt. Sie engagie-

ren sich weniger ehrenamtlich, sind seltener Mitglied in einem Verein und verbringen mehr Zeit vor dem Fernseher. Zugleich bewerten sie ihre Lebensqualität negativer als ältere Menschen in Westdeutschland. 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.

Ein weiterer, auffälliger Einflussfaktor auf ein aktives Leben im Alter ist neben dem Wohnort das Geschlecht. Frauen zwischen 65 und 80 Jahren sind seltener Mitglied in einem Verein oder ehrenamtlich engagiert, nutzen weniger oft das Internet, haben häufig keinen Führerschein und stellen dagegen einen größeren Anteil der Kirchgänger. Diese Ergebnisse werden sich mit der nachfolgenden Generation, die bereits ein verändertes Rollenverständnis erlebt und zum Teil auch gelebt hat, sicher ändern. Allerdings sollte im Rahmen der Gesundheitsprävention und Unterstützung im Alltag der Zugang gerade zu den hochaltrigen, konservativen, wenig aktiven und schwer erreichbaren Frauen, die aber häufig unter Armut und Einsamkeit leiden, diskutiert werden.

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 Personennahverkehr 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 sollte eine wohnortnahe, an sozialräum-

lichen Strukturen orientierte Ansiedelung von Angeboten für ältere Menschen angestrebt und gefördert werden. Allerdings fehlen in diesem Zusammenhang bislang wissenschaftlich fundierte Kriterien zu Standortwahl und Wohnortentfernung.

» Wohnen

Das Wohnen, die Wohnsituation und das Wohnumfeld sind Faktoren, die einen entscheidenden Einfluss auf Lebensqualität und Gesundheit, besonders im Alter, haben. In Abschnitt 07.1 wird beschrieben, wo die Altersgruppe wohnt, differenziert nach Ost- und Westdeutschland, nach Bundesländern und nach städtischen und ländlichen Siedlungsregionen. In Abschnitt 07.2 werden die Eigentumsverhältnisse, die Versorgung mit Wohnraum und die Wohnkosten der 65- bis 80-Jährigen dargestellt und u. a. nach regionalen Aspekten differenziert. Abschnitt 07.3 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?

Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) ermittelt im Rahmen seiner Raumbeobachtung regelmäßig die regionale Verteilung der älteren Einwohnerinnen und Einwohner Deutschlands. Dabei wird nach den Altersgruppen »65 bis unter 75 Jahre« und »75 Jahre und älter« (in der Statistik des BBSR wird diese Altersgruppe als »Hochbetagte« bezeichnet) unterschieden (INKAR 2011). Die regionale Differenzierung erfolgt von der Bundes- bis hinunter zur Kreisebene.

Im Jahr 2009 beträgt der Anteil der gesamten Gruppe der über 65-Jährigen an der bundesdeut-

Raumeinheit	Einwohner/-innen 65–74 Jahre, Anteil an der jeweiligen Gesamt- bevölkerung (in Prozent)	Einwohner/-innen 75 Jahre und älter, Anteil an der jeweiligen Gesamtbevölkerung (in Prozent)
Bund	11,8	8,9
Ostdeutschland	13,4	9,2
Westdeutschland	11,4	8,8
Sachsen-Anhalt	14,2	10,0
Sachsen	14,1	10,6
Brandenburg	13,7	8,8
Thüringen	13,5	9,5
Mecklenburg-Vorpommern	13,2	8,9
Schleswig-Holstein	12,8	8,8
Saarland	12,3	9,9
Bremen	12,1	9,4
Niedersachsen	11,8	9,0
Berlin	11,8	7,3
Nordrhein-Westfalen	11,4	9,0
Rheinland-Pfalz	11,3	9,3
Hessen	11,3	8,8
Bayern	11,0	8,6
Baden-Württemberg	10,9	8,5
Hamburg	10,8	8,1

Tab. 66: Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner 65–74 Jahre bzw. 75 Jahre und älter nach Regionen, in Prozent der jeweiligen regionalen Gesamtbevölkerung im Jahr 2009 (INKAR 2011, eigene Darstellung)

schen Bevölkerung mit 20,7 % etwa ein Fünftel. Die Gruppe der 65- bis 74-Jährigen stellt relativ zur Gesamtbevölkerung einen Anteil von 11,8 %. 8,9 % der Deutschen zählen zur Gruppe der über 74-Jährigen. Den größten Anteil an Einwohnerinnen und Einwohnern im Alter von 65 bis 74 Jahren im Verhältnis zur jeweiligen Landesbevölkerung zählen ostdeutsche Bundesländer, nämlich Sachsen mit 14,1 % und Sach-

sen-Anhalt mit 14,2 %. Der niedrigste Anteil an älteren Menschen findet sich in Hamburg mit 10,8 % und Baden-Württemberg mit 10,9 %. Sachsen und Sachsen-Anhalt weisen auch für die Gruppe der über 74-Jährigen den relativ größten Anteil auf, mit 10,6 % und 10,0 %. Am relativ kleinsten ist der Anteil der alten Menschen über 74 Jahre in Berlin (7,3 %) und Hamburg (8,1 %).⁵²

⁵² Diese Zahlen müssen im Zusammenhang mit der Arbeitsplatz- und Bildungswanderung betrachtet werden: Sämtliche ostdeutsche Länder haben ein teilweise hohes negatives Saldo in diesen Bereichen, während Hamburg und Berlin jeweils zweistellige Zuwanderungsraten vorweisen, das heißt, der hohe Anteil älterer Menschen in den ostdeutschen Bundesländern beruht vor allem auf der Abwanderung der jüngeren Altersgruppen.

Das BBSR erhebt zusätzlich den Anteil der Frauen innerhalb der betrachteten Altersgruppen. Grundsätzlich gibt es in den höheren Altersgruppen mehr Frauen als Männer. Bundesweit besteht die Altersgruppe der über 65-Jährigen zu 57,4 % aus Frauen und zu 42,6 % aus Männern. Dieses Verhältnis verschiebt sich mit zunehmendem Alter weiter zugunsten der Frauen. In der Altersgruppe 74+ stehen in Deutschland 63,4 % Frauen nur noch 36,6 % an Männern gegenüber. Nach Bundesländern unterschieden, bildet sich die Verteilung folgendermaßen ab: Der größte Anteil an weiblicher Bevölkerung unter den 65- bis 74-Jährigen findet sich in Mecklenburg-Vorpommern mit 54,2 %, während Schleswig-Holstein mit 51,9 % fast ein ausgeglichenes Verhältnis vorweist. Der Anteil der weiblichen über 74-Jährigen ist hingegen mit 66,0 % am höchsten in Sachsen-Anhalt und am niedrigsten in Hessen mit 62,1 % der Altersgruppe.

Die Raumb Beobachtung des BBSR erfasst die räumliche Verteilung der Einwohnerinnen und Einwohner nach Alter, auch bezogen auf die Siedlungsraumtypen. Dabei werden hochverdichtete Agglomerationsräume (zum Beispiel das Ruhrgebiet), Agglomerationsräume mit herausragendem Zentrum (zum Beispiel der Großraum Berlin) sowie verstädterte und

ländliche Räume von verschiedener Dichte unterschieden (vgl. Abbildung 44 im Anhang). Die »verstädterten Räume höherer Dichte Ost« (zum Beispiel Region Chemnitz) weisen mit 14,0 % bzw. 10,2 % den relativ höchsten Anteil älterer Menschen zwischen 65 und 74 Jahren bzw. mit 75 Jahren und älter auf. Im Gegensatz dazu werden in den »verstädterten Räume[n] höherer Dichte West« mit 11,1 % (65–74 Jahre) und »Agglomerationsräume[n] Ost« mit 8,3 % (75+) die relativ wenigsten Personen in den Altersgruppen gezählt (zum Beispiel die Regionen Kiel, Braunschweig, Münster, Freiburg).

Nach der Prognose des BBSR wird der Anteil der über 64-Jährigen an der bundesdeutschen Bevölkerung bis 2025 deutlich steigen. Erwartet wird ein bundesweiter Zuwachs der Altersgruppe von 20,7 % im Jahr 2009 auf 24,5 % im Jahr 2025. In Ostdeutschland hat die Gruppe der über 64-Jährigen im Jahr 2025 nach dieser Rechnung einen Anteil von 29,3 % an der Bevölkerung und in Westdeutschland einen Anteil von 23,4 %. Es wird davon ausgegangen, dass sich der Zuwachs in der Altersgruppe regional sehr unterschiedlich gestaltet. Für die ostdeutschen Bundesländer wird der Altersgruppe 65 Jahre und älter ein zahlenmäßig starkes Wachstum im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung vorhergesagt, für Thüringen

Raumeinheit	Einwohner/-innen 65–74 Jahre, Anteil an der jeweiligen Gesamtbevölkerung (in Prozent)	Einwohner/-innen 74+ Jahre, Anteil an der jeweiligen Gesamtbevölkerung (in Prozent)
Verstädterte Räume Ost	14,0	10,2
Ländliche Räume Ost	13,8	9,7
Agglomerationsräume Ost	12,7	8,3
Agglomerationsräume West	11,5	8,7
Ländliche Räume West	11,5	9,2
Verstädterte Räume West	11,1	8,9

Tab. 67: Anteil der Einwohner/-innen 65–74 Jahre bzw. 75 Jahre und älter nach Siedlungsraumtypen, in Prozent der regionalen Gesamtbevölkerung, 2009 (INKAR 2011, eigene Darstellung)

Raumeinheit	Anteil der Einwohner/-innen 65 Jahre und älter im Jahr 2009 (in Prozent)	Prognostizierter Anteil der Einwohner/-innen 65 Jahre und älter im Jahr 2025 (in Prozent)
Bund	20,7	24,5
Ostdeutschland	22,6	29,3
Westdeutschland	20,2	23,4
Sachsen-Anhalt	24,2	32,3
Mecklenburg-Vorpommern	22,1	32,2
Thüringen	23,0	31,9
Sachsen	24,6	31,1
Brandenburg	22,5	30,0
Saarland	22,2	27,0
Schleswig-Holstein	21,6	24,9
Niedersachsen	20,8	24,6
Rheinland-Pfalz	20,7	24,3
Nordrhein-Westfalen	20,4	23,6
Bayern	19,6	23,1
Bremen	21,5	22,9
Hessen	20,0	22,9
Baden-Württemberg	19,5	22,5
Berlin	19,1	22,4
Hamburg	19,0	19,5

Tab. 68: Anteil der über 64-Jährigen nach Bundesländern im Jahr 2009 und Prognose für 2025 (INKAR 2011, eigene Darstellung)

beispielsweise um 8,9 Prozentpunkte. Dagegen soll der Anteil der Älteren in Hamburg nur um 0,5 Prozentpunkte von jetzt 19,0 % auf 19,5 % der Gesamtbevölkerung wachsen. Hamburg wird nach dieser Prognose weiterhin eine relativ junge Bevölkerung vorweisen, im Gegensatz zu den östlichen Bundesländern, deren Bevölkerung künftig zu etwa einem Drittel aus älteren Menschen bestehen wird.



07.2 Eigentumsverhältnisse, Versorgung mit Wohnraum und Wohnkosten

Wie viele ältere Menschen wohnen in ihren eigenen vier Wänden? Das Statistische Bundesamt zählt für das Jahr 2009 eine Eigentumsquote unter den Altershaushalten (Haushaltsvorstand von über 65 Jahren) von 52,8 % in Westdeutschland und 29,7 %

in Ostdeutschland (Statistisches Bundesamt et al. 2011o, S. 207). Der Anteil der selbstnutzenden Wohneigentümerinnen und -eigentümer ist dem BMVBS zufolge in der Altersgruppe 65–80 Jahre deutschlandweit deutlich höher als in der Altersgruppe der über 80-Jährigen, die nur noch zu 36,4 % im eigenen Haus oder der eigenen Wohnung leben. Dagegen steigt der Anteil der älteren Haushalte, die bei einem Wohnungsunternehmen zur Miete wohnen, von 22,9 % (65–79 Jahre) auf 32,0 % (80+) (BMVBS 2011, S. 28–29). Ob die Veränderungen durch Umzüge im Alter oder durch »Kohortenspezifische Wohnbiografien« erklärt werden können, geht aus der Studie nicht hervor.

Beetz et al. stellen auf der Basis des SOEP von 2006 die Verteilung der Eigentumsquoten nach Region dar (Beetz et al. 2009, S. 47). Hier wird deutlich, dass sich die Eigentümerquote unter den älteren Menschen nicht nur nach Alter unterscheidet, sondern auch sehr deutlich nach Bundesland. Haushalte mit 65- bis 74-jährigen Haushaltsvorständen leben in Süddeutschland (Bayern, Baden-Württemberg) zu 68,4 % in ihrem Eigentum, in den Stadtstaaten (Hamburg, Berlin und Bremen) hingegen nur zu 20,9 %, während hier 75,7 % der Haushalte zur Miete wohnen. In den östlichen Bundesländern liegt der Anteil der Haushalte in selbstgenutztem Wohneigentum etwa zwischen diesen Werten: 47,2 % der Haushalte in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen-Anhalt bzw. 40,9 % der Haushalte in Sachsen und Thüringen wohnen in Eigentum.⁵³

Haushalte, deren Vorstand über 75 Jahre alt ist, leben in Schleswig-Holstein und Niedersachsen zu 66,1 % in Wohneigentum. Dagegen leben in den Stadtstaaten 84,2 % dieser Haushalte in Mietwohnungen und 15,8 % in Wohneigentum. Auch in ostdeutschen

Bundesländern bewohnen mit 24,5 % (südliche Länder) und 32,9 % (nordöstliche Länder) eher weniger Haushalte mit über 75-jährigen Vorständen eigene Wohnungen.

Wie groß sind die Wohnungen der älteren Menschen? Laut SOEP von 2006 (dargestellt in BMVBS 2011, S. 31) leben 3,3 % der Seniorenhaushalte über 60 Jahren in einer Wohnung, die unter 40 m² groß ist. Etwa ein Viertel der Haushalte bewohnt eine Wohnung, die zwischen 60 und 79 m² groß ist, 17,3 % eine Wohnung, die 80–99 m² groß ist, und 36 % stehen mehr als 100 m² zur Verfügung. Vor allem ältere Menschen, die in ihrem Wohneigentum leben, verfügen über große Wohnungen: Über 60 % der selbstnutzenden Eigentümerinnen und Eigentümer wohnen auf mehr als 100 m². Die Größe der Wohnfläche, die jedem Haushaltsmitglied im Durchschnitt zur Verfügung steht, unterscheidet sich in Ost- und Westdeutschland. 2009 bewohnen die über 65-Jährigen in Westdeutschland 69 m² und in Ostdeutschland 50 m² (Statistisches Bundesamt et al. 2011o, S. 210).

Wie stark werden die älteren Menschen durch die Kosten, die das Wohnen verursacht, belastet? Dem Statistischen Bundesamt zufolge beträgt die Mietkostenbelastung 32,2 % des Haushaltsnettoeinkommens für westdeutsche und 25,1 % für ostdeutsche Altershaushalte (ebd., S. 212). Beetz et al. ziehen auch hier die Daten des SOEP von 2006 heran und können damit stärker differenzieren (Beetz et al. 2009, S. 48). Während die durchschnittliche Wohnkostenbelastung im Mietwohnungsbau im bundesdeutschen Mittel 2006 für die Altersgruppe 65–74 Jahre bei 27,4 % und 25,7 % des Haushaltsnettoeinkommens für die über 75-Jährigen liegt, wird das Haushaltsnettoeinkommen von Wohneigentümerinnen und -eigentümern durchschnittlich nur zu 8,5 %

53 Die restlichen Haushalte, bezogen auf 100 %, wohnen zur Untermiete.

Bundesländergruppe	Mietwohnung			Eigentum		
	Gesamt	65–74	75+	Gesamt	65–74	75+
Stadtstaaten (Berlin, Hamburg, Bremen)	27,7	27,5	33,8	18,7	10,6	5,6
Nord (Schleswig-Holstein, Niedersachsen)	27,7	30,4	29,6	14,3	7,9	5,1
Nordrhein-Westfalen	27,0	26,6	26,1	16,1	12,6	7,6
Mitte (Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland)	27,3	28,0	21,1	13,2	7,1	4,9
Süd (Baden-Württemberg, Bayern)	27,1	31,1	27,1	13,0	6,7	4,6
Nordost (Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen-Anhalt)	27,5	25,6	23,0	14,6	9,4	6,7
Südost (Thüringen, Sachsen)	24,3	20,4	19,4	14,0	8,3	4,7
<i>Gesamt</i>	27,0	27,4	25,7	14,2	8,5	5,5

Tab. 69: Durchschnittliche Wohnkostenbelastungsquote in Prozent des Haushaltsnettoeinkommens – nach Eigentumsform, Region und Alter des Haushaltsvorstands im Jahr 2006 (SOEP 2006, nach Beetz et al. 2009, S. 48, eigene Darstellung)

(65–74 Jahre) bzw. 5,5 % (75+) von den Wohnkosten belastet.

Im regionalen Vergleich werden die unterschiedlichen Belastungen der Haushaltsnettoeinkommen durch Wohnkosten noch eklatanter: Während die Wohnkosten im Mietwohnungsbau in den nördlichen Bundesländern (Schleswig-Holstein, Niedersachsen) mit 30,4 % (65–74 Jahre) und in den Stadtstaaten zu 33,8 % (75+) die Haushaltseinkommen belasten, geben Haushalte, die im Eigentum wohnen, in Bayern und Baden-Württemberg nur 6,7 % (65–74 Jahre) bzw. 4,6 % (75+) ihres Einkommens für das Wohnen aus. Diese Unterschiede lassen sich damit erklären, dass die Belastung durch Wohnkosten im Wohneigentum mit steigendem Alter der Eigentümerinnen und Eigentümer deutlich abnimmt: Die Kredite sind im Allgemeinen getilgt und neue Investitionen werden häufig nicht mehr getätigt. Währenddessen verändert sich die Wohnkostenbelastung im Mietwohnungsbau nicht wesentlich bzw. negativ, da die Mietkosten sich laufend an den Markt anpassen (und daher im Allgemeinen steigen), während das Haushaltseinkommen mit Eintritt in das Rentenalter eher abnimmt.



07.3

Wohnformen im Alter und altersgerechtes Wohnen

Die überwiegende Mehrheit der älteren Menschen möchte in der eigenen, vertrauten Wohnung ihren Lebensabend verbringen. 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: Circa 93 % der Menschen im Alter von 65 Jahren 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). Auch bei Pflegebedürftigkeit verbleiben die meisten Menschen in der eigenen Wohnung: Laut Pflegestatistik von 2009 werden 69 % aller Pflegebedürftigen, nämlich 1,62 Millionen Personen, in der eigenen Wohnung gepflegt (Sta-

tistisches Bundesamt 2011r]. Nicht nur zur Förderung der Lebensqualität von Pflegebedürftigen, sondern auch zur Entlastung der Pflegenden sind daher altersgerechte Wohnungen besonders wichtig.

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 Begriffs, 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 Wohnumfelds.⁵⁴

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, beispielsweise Fahrstuhl, Treppenlift oder Rampe), 2) keine Stufen innerhalb der Wohnung oder technische Hilfsmittel zur Überwin-

dung, 3) »ausreichende« Bewegungsflächen und Türbreiten im Sanitärbereich und 4) bodengleiche Duschen (ebd., S. 25). Damit folgt die Studie weitgehend den DIN-Normen zum barrierefreien Bauen (DIN 18040). Diesen steht der Grundsatz voran: »Die Nutzer müssen in die Lage versetzt werden, von fremder Hilfe weitgehend unabhängig zu sein.«

Während davon ausgegangen werden kann, dass die Sonderwohnformen weitgehend barrierearm sind, stellt sich die Frage, in welchem Umfang der »normale Wohnungsmarkt« altersgerechte bzw. barrierearme Wohnungen vorhält. Den wenigen vorliegenden Quellen zufolge ist der Bestand an solchen Wohnungen in Deutschland klein. Nach Angaben des Bundesverbandes der Freien Immobilien- und Wohnungsunternehmen (BFW) macht das Marktsegment der barrierearmen oder »an die Bedürfnisse der Seniorinnen und Senioren angepassten« Wohnungen im Jahr 2007 etwa 1 % des deutschen Wohnungsmarkts aus⁵⁵ und liegt damit deutlich unter den Marktanteilen dieses Segments in anderen europäischen Ländern, vor allem in den Niederlanden und Großbritannien (BFW 2007, S. 8).⁵⁶ Nach Einschätzung des BFW werden aufgrund der demografischen Alterung bis 2020 in Deutschland zusätzlich etwa 800.000 altersgerechte Wohnungen benötigt (ebd., S. 15).

Die Expertenkommission des Deutschen Verbandes für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung e. V. gibt in ihrer Studie »Wohnen im Alter« von 2009 den Anteil der Altershaushalte⁵⁷, die in

54 Indikatoren für eine Bewertung des Wohnumfelds als »altersgerecht« werden allerdings in der Studie nicht angegeben. Gegenwärtig gilt hier noch die DIN 18024-1 »Straßen, Plätze, Wege, öffentliche Verkehrs- und Grünanlagen sowie Spielplätze« von 1998. Eine Überarbeitung dieser DIN-Norm erfolgt seit 2010 und ist als Norm »DIN 18070 Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen. Öffentlicher Verkehrs- und Freiraum« geplant.

55 Die Zahlen des BFW beruhen allerdings in erster Linie auf Umfragen unter den Mitgliedern des BFW und sind daher nur begrenzt aussagekräftig.

56 Dabei ist zu beachten, dass sich dieses Marktsegment vor allem auf die Wohnungen bezieht, die ausdrücklich als »barrierefrei«, »altersgerecht« oder »an die Bedürfnisse der Senioren angepasst« auf dem Markt beworben werden.

57 Haushalte mit einem Haupteinkommensbezieher im Alter von 65+.

altersgerechten Wohnungen wohnen, mit 5% an und beziffert den Investitionsbedarf zur Anpassung des Wohnungsbestands an den wachsenden Bedarf an altersgerechten Wohnungen in den kommenden Jahren deutschlandweit auf 39 Milliarden Euro (DV 2009, S. 13).

In der Repräsentativbefragung der Studie »Wohnen im Alter« des BMVBS werden die beteiligten Seniorenhaushalte zur Barrierearmut ihrer Wohnung befragt (BMVBS 2011, S. 35 f.). Etwa ein Drittel der Befragten gibt an, drei oder mehr Stufen zur Haustür (31,7 %) oder zur Wohnung (35,6 %) überwinden zu müssen und 27,4 % berichten von Stufen innerhalb der Wohnung. Nur ein geringer Anteil der Befragten kann die Stufen mit technischer Unterstützung wie Aufzug, Rampen oder Treppenlift innerhalb (3,6 %) oder außerhalb (9,1 %) der Wohnung überwinden. Erwartungsgemäß berichten vor allem Wohneigentümer, die häufig Eigenheime bewohnen, von Stufen bzw. Treppen innerhalb der Wohnung, während sich im Mietwohnungsbau die Stufen und Treppen in erster Linie außerhalb der Wohnung, aber innerhalb des Hauses befinden.

Angesichts dieser Zahlen erfragt die Studie die Bereitschaft von Seniorenhaushalten, die eigene Wohnung altersgerecht umzubauen (BMVBS 2011, S. 57 f.). Nur 16,9 % der Seniorenhaushalte zwischen 65 und 79 Jahren sagen, dass sie bereit seien, ihre Wohnung umzubauen. Selbstnutzende Wohneigentümerinnen und -eigentümer sind zu einem Fünftel (20,0 %) zum Umbau ihrer Wohnung bereit, Mieterhaushalte sind 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 sehen, geht aus der Studie nicht hervor.

» 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 06.5, Abbildung 32). 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 sind 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.

Wie bewerten die älteren Menschen ihr Wohnumfeld? Die Studie des BMVBS zum Wohnen im Alter befragt Seniorenhaushalte zur Qualität ihres Wohnumfelds, insbesondere zur Erreichbarkeit unterschiedlicher Angebote (BMVBS 2011, S. 51–52). Etwa ein Viertel der Befragten (24,9 %) gibt an, keine gut erreichbaren Lebensmittelgeschäfte im Wohnumfeld vorzufinden. Ärztinnen, Ärzte oder Apotheken sind für 16 % der Befragten nach eigener Aussage nicht gut erreichbar.

Vor diesem Hintergrund spielt der öffentliche Personennahverkehr (ÖPV) eine besonders große Rolle. Allerdings wird die nächste Bus- oder Bahnstation von jedem fünften Seniorenhaushalt (19,5 %) als »nicht gut erreichbar« bezeichnet.

Die Studie korreliert die Antworten im Weiteren mit den Wohnverhältnissen der Befragten. Hierbei wird deutlich, dass im Vergleich vor allem die selbstnutzenden Wohneigentümerinnen und -eigentümer über eine schlechte Erreichbarkeit von ÖPV-Haltestellen (25,6 %) sowie Ärztinnen, Ärzten und Apotheken (19,8 %) berichten, während zur Miete Wohnende seltener einen schlechten Anschluss an den ÖPV (13,8 %) oder fehlende Ärztinnen, Ärzte und Apotheken im Wohnumfeld (12,6 %) angeben. Diese Zahlen lassen den Schluss zu, dass in erster Linie die Einfamilienhausgebiete und ländlichen Regionen unzureichend versorgt und angeschlossen sind. Die Befragungen des Deutschen Alterssurveys von 2008 zum gleichen Thema zeigen darüber hinaus, dass die östlichen Bundesländer deutlich stärker von einer mangelhaften Infrastruktur betroffen sind als die westlichen Bundesländer (Mahne et al. 2010, S. 146 f.). Allerdings zeigt sich im zeitlichen Vergleich der Angaben von 1996, 2002 und 2008 in fast allen Segmenten eine Verbesserung des Angebots, und zwar sowohl für Ostdeutschland als auch für Westdeutschland.

Die auf das Wohnumfeld bezogene Aussage *Es sind genug Einkaufsmöglichkeiten vorhanden* beantworteten 2008 im Deutschen Alterssurvey 18,1 % der 55- bis 69-Jährigen bzw. 18,7 % der 70- bis 85-Jährigen in den alten und 30,3 % bzw. 33,8 % der Altersgruppen in den neuen Bundesländern mit »Trifft gar nicht zu« oder »Trifft eher nicht zu« (Motel-Klingebiel, Wurm und Tesch-Römer 2010, Tabellenanhang A 6-1). Ein Drittel der Befragten in den neuen Bundesländern – und damit relativ gerechnet deutlich mehr Personen als in den alten Bundesländern – halten also die Einkaufsmöglichkeiten ihres Wohnumfelds für unzureichend.

Die Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr wird von ost- und westdeutschen älteren Menschen ähnlich bewertet. Die Aussage *Mein Wohngebiet ist gut an den öffentlichen Nahverkehr ange-*

schlossen trifft für 22,5 % (55–69 Jahre) und 21,9 % (70–85 Jahre) in den alten und für 25,1 % bzw. 24,6 % der Altersgruppen in den neuen Bundesländern nicht oder eher nicht zu (Motel-Klingebiel, Wurm und Tesch-Römer 2010, Tabellenanhang A 6-3). Daraus lässt sich schließen, dass etwa ein Fünftel bis ein Viertel der Altersgruppen auf den eigenen Pkw, ein Taxi, Fahrrad oder auf Mitfahrgelegenheiten angewiesen ist, um die Mobilität aufrechtzuhalten. Diese Zahlen sind vor allem im Hinblick auf die Mobilität älterer Frauen interessant, die deutlich seltener über einen Führerschein verfügen als Männer und damit stärker auf Mitfahrgelegenheiten angewiesen sind (vgl. auch Kapitel 06.5, Abbildung 36).

Auch die ärztliche Versorgung im Wohnumfeld wird durch den DEAS erhoben. Hier zeigt sich erneut ein großer Unterschied zwischen West- und Ostdeutschland. Während 13,4 % der westdeutschen 55- bis 69-Jährigen bzw. 16,2 % der 70- bis 85-Jährigen das Vorhandensein von Ärztinnen, Ärzten oder Apotheken im Wohnumfeld mit »eher nicht zutreffend« oder »gar nicht zutreffend« beantworten, sind es in Ostdeutschland 33,6 % bzw. 35,7 % der Befragten (Motel-Klingebiel, Wurm und Tesch-Römer 2010, Tabellenanhang A 6-4). Jeder dritte ältere Mensch in Ostdeutschland ist also nach eigener Wahrnehmung im Wohnumfeld nicht ausreichend mit medizinischen Dienstleistungen versorgt.

Eine weitere Frage des DEAS zur Bewertung des Wohnumfelds betrifft das subjektive Sicherheitsgefühl im Dunkeln. Dieser Aspekt ist für die Lebens- und Wohnqualität im Alter von großer Bedeutung und u. a. 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. Das Unsicherheitsgefühl nimmt mit dem Alter zu, was u. a. auf altersbedingte Einschränkungen des Seh- und Hörvermögens und der Beweglichkeit bzw.

Bewegungssicherheit zurückzuführen sein dürfte. Im Durchschnitt fühlen sich 23,3 % der 55- bis 69-Jährigen und 41,6 % der 70- bis 85-Jährigen unsicher im Dunkeln (Motel-Klingebiel, Wurm und Tesch-Römer 2010, Tabellenanhang A 6-7).

Es zeigen sich aber auch hier sehr deutliche regionale Unterschiede, die auf unterschiedliche Nutzungsmuster, Infrastrukturen und Erhaltungszustände der öffentlichen Räume in Ost- und Westdeutschland hinweisen. 21,1 % (55–69 Jahre) bzw. 38,5 % (70–85 Jahre) der Westdeutschen und 31,5 % (55–69 Jahre) bzw. 54,4 % (70–85 Jahre) der Ostdeutschen geben an, sich im Dunkeln nicht sicher zu fühlen. Am stärksten betroffen sind ostdeutsche Frauen zwischen 70 und 85 Jahren, die sich zu zwei Dritteln (65,7 %) im Dunkeln unsicher fühlen.

Schließlich wird im DEAS nach der Lärmbelastung im Wohnumfeld gefragt. Der Aussage *Meine Wohngend wird durch Lärm beeinträchtigt* stimmen 19,4 % bzw. 21,7 % der Befragten in den westdeutschen und 21,9 % bzw. 19,2 % in den ostdeutschen Bundesländern zu (Motel-Klingebiel, Wurm und Tesch-Römer 2010, Tabellenanhang A 6-9).

Diese Daten weisen, abgesehen von der Lärmbelastung, auf deutlich ungünstigere Wohnumfeldbedingungen für ältere Menschen in Ostdeutschland als in Westdeutschland hin – sowohl bezogen auf die Versorgungsangebote, die Ausstattung der öffentlichen Räume als auch auf die subjektiv wahrgenommene Sicherheit im Wohnumfeld. Der Bezug zwischen diesen negativen Einflussfaktoren im Wohnumfeld und der individuellen gesundheitlichen Lage kann nicht mit Daten belegt werden. Es ist aber davon auszugehen, dass Lärm, ein geringes Sicherheitsgefühl und eine mangelhafte Infrastruktur die subjektive Gesundheit und das Wohlbefinden relevant beeinträchtigen.

» 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. Entsprechend sind Umzüge in der untersuchten Altersgruppe relativ selten.

In der Studie »Wohnen im Alter« (BMVBS 2011, S. 56 f.) wird 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 und 3,8 % äußern sich nicht eindeutig. In der hier betrachteten Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen sind 29,6 % der Befragten zum Umzug bereit, in der Altersgruppe der über 80-Jährigen sind es mit 14,7 % deutlich weniger. Vermutlich ist ein Umzug, wenn er nötig oder erwünscht ist, im höheren Alter bereits erfolgt, erscheint nicht mehr erforderlich oder zu belastend.

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 69, S. 113). Darüber hinaus besteht meistens eine emotionale Hürde, aus der eigenen Immobilie auszuziehen; auch ist ein Auszug mit mehr Aufwand verbunden (Verkauf oder Neuvermietung). In Anbetracht der weiter oben dargestellten Barrieren vor allem im Wohneigentum besteht

Regionen		Ärztinnen und Ärzte
Raumordnungsregionen mit höchster Arztdichte	Bremen	242
	Berlin	240
	München	231
Arztdichte in Wanderungsregionen	Havelland-Fläming	142
	Oldenburg	159
	Schleswig-Holstein Ost	211
Raumordnungsregionen mit niedrigster Arztdichte	Altmark	126
	Uckermark-Barnim	125
	Hamburg-Umland Süd	123

Tab. 71: Anzahl der Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen im Jahr 2009 (INKAR 2011, eigene Darstellung)

hier allerdings Handlungsbedarf, um entweder den Abbau von Barrieren im selbstgenutzten Wohneigentum stärker zu fördern oder Umzüge zu erleichtern. Zu beachten ist hier, dass, wie bereits dargestellt (BMVBS 2011, S. 57), zurzeit 76,6 %, also etwa drei Viertel, der selbstnutzenden Wohneigentümerinnen und -eigentümer *nicht* zu einem altersgerechten Umbau ihrer Wohnung oder ihres Hauses bereit sind.

Wohin ziehen die älteren Menschen, *wenn* sie umziehen? Das Bundesamt für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) erfasst im Rahmen seiner Raumbeobachtung u. a. das Binnenwanderungssaldo nach Regionen und Alter in Deutschland. »Binnenwanderungssaldo« bedeutet hier das Verhältnis von Fort- und Zuzügen auf den unterschiedlichen räumlichen Ebenen. Vor allem die Bundesländer Schleswig-Holstein und Brandenburg verzeichnen 2009 einen Zuzug von über 65-Jährigen »älteren Ruhestandwanderern«, während die Länder Hamburg und Bremen eine Abwanderung erleben. Die Aufschlüsselung der Zahlen nach Raumordnungsregionen zeigt, dass

besonders die Regionen in der Nähe der Metropolen Berlin und Hamburg einen Zuzug erleben⁵⁸ (siehe Tabelle 70 im Anhang).

Interessanterweise zeichnen sich die bevorzugten Regionen für Umzüge im Alter nicht durch eine besonders ausgeprägte medizinische Versorgung oder ein großes Angebot an Heimplätzen für Pflegebedürftige aus. Ebenfalls durch das BBSR werden die Anzahl der Ärztinnen, Ärzte und Pflegeheimplätze, bezogen auf die Einwohnerzahl in den Regionen, ermittelt. Die Darstellungen zeigen, dass die Wanderungsregionen sehr unterschiedliche Arztdichten aufweisen. Die bevorzugte Zuzugsregion Havelland-Fläming verzeichnet eine erheblich niedrigere Ärztdichte als die Stadtstaaten. Diese weisen erwartungsgemäß die beste Ausstattung mit Ärztinnen und Ärzten auf, während vor allem im Umland von Hamburg und den ländlichen Regionen Brandenburgs eine deutlich geringere Arztdichte erhoben wird.

Auch die Versorgung mit Pflegeheimplätzen unterscheidet sich je nach Bundesland erheblich. Wäh-

58 Verglichen mit den »Arbeitsplatzwanderern«, bei denen die regionalen Zu- und Fortzüge im zweistelligen Prozentbereich liegen, sind die Werte der älteren Menschen insgesamt deutlich niedriger (vgl. INKAR 2011).

Regionen		Pflegeheimplätze
Raumordnungsregionen mit höchster Pflegeheimdichte	Schleswig-Holstein Ost	173
	Hildesheim	160
	Göttingen	157
Pflegeheimdichte in Wanderungsregionen	Havelland-Fläming	92
	Oldenburg	101
	Schleswig-Holstein Ost	173
Raumordnungsregionen mit niedrigster Pflegeheimdichte	Rhein-Main	76
	Neckar-Alb	74
	München	68

Tab. 72: Anzahl der Pflegeheimplätze je 10.000 Einwohner/-innen im Jahr 2009 (INKAR 2011, eigene Darstellung)

rend 2009 in Schleswig-Holstein Ost 173 Pflegeheimplätze für 10.000 Menschen zur Verfügung stehen, sind es in München nur 68. Auffällig ist, dass sich im Gegensatz zur ärztlichen Versorgung bei der Ausstattung mit Pflegeheimplätzen weder ein systematischer Ost-West-Unterschied noch ein Unterschied zwischen Stadtstaaten und ländlichem Raum feststellen lässt. Bezogen auf die Wanderungsregionen zeigt sich hier ein uneinheitliches Bild. Die Zuwanderungsregion Schleswig-Holstein Ost verfügt über den bundesweit höchsten Anteil an Pflegeheimplätzen. Die Zuwanderungsregionen Oldenburg und Havelland-Fläming hingegen weisen eine deutlich geringere Pflegeheimdichte auf.

tier für viele Menschen immer mehr den Lebensmittelpunkt. Eine abnehmende Mobilität beschränkt häufig die Aktionsradien auf das unmittelbare Wohnumfeld. Hier müssen die Bedarfe des Alltags gedeckt und die sozialen Kontakte gepflegt werden. Der überwiegende Teil der älteren Menschen erhält den eigenständigen und vertrauten (Wohn-)Alltag in der angestammten Umgebung aufrecht, so lange es nur geht. Die Wohnbedingungen haben daher einen großen Einfluss auf ein gesundes und selbstständiges Leben im Alter, sowohl durch gesundheitsförderliche oder -einschränkende Umweltbedingungen als auch durch Angebots- und Teilhabestrukturen.

Deutlich wird in diesem Kapitel die regional unterschiedliche Verteilung der älteren Menschen. Die östlichen 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 (östlichen) Flächenstaaten. Damit wird sich der demografische Unterschied zwischen einzelnen Bundesländern noch weiter verstärken.

07.6 Fazit

Dieses Kapitel beschreibt, wie und wo die älteren Menschen in Deutschland wohnen. Mit zunehmendem Alter bilden die eigene Wohnung und das Quar-

Der überwiegende Teil der älteren Menschen in den westdeutschen Flächenländern wohnt in einer eigenen Wohnung oder einem eigenen Haus, ältere Menschen in Stadtstaaten wohnen größtenteils in einer Mietwohnung. Nur eine geringe Zahl der Älteren lebt in einer Sonderwohnform oder einer Senioreneinrichtung. Die meisten Wohnungen sind nicht barrierearm oder -frei. Trotzdem sind sowohl die Umzugsbereitschaft als auch die Bereitschaft zu Wohnraumanpassungsmaßnahmen gering. Hier besteht deutlicher Handlungs- und Aufklärungsbedarf, um potenzielle Gesundheitsgefährdungen, zum Beispiel Stürze, zu beseitigen.

Die Wohn- und Wohnumfeldbedingungen und die Infrastruktur werden in den ostdeutschen Ländern von den älteren Menschen schlechter bewertet als in den westlichen Bundesländern: Es gibt weniger Versorgungsangebote und die Älteren, vor allem die Frauen, fühlen sich unsicherer im Dunkeln. Die älteren Ostdeutschen bewohnen kleinere Wohnungen, besitzen seltener Wohneigentum, sind aber auch in geringerem Maße durch die Mietkosten belastet als die Westdeutschen.

Die hier dargestellte unzureichende Versorgung der älteren Menschen mit altersgerechtem Wohnraum und die regionalen Unterschiede in der Infrastruktur und Wohnqualität lassen für die Zukunft eindeutigen Handlungsbedarf erkennen.

08

» Fazit

Die vorliegende Expertise ermöglicht es, ein Gesamtbild der großen und in sich heterogenen Altersgruppe der 65- bis 80-Jährigen zu zeichnen. Der überwiegende Teil der alten Menschen lebt in sozialer und materieller Sicherheit bei relativ langer guter Gesundheit. Allerdings wird deutlich, dass ein Teil der Älteren in unsicheren, ungesunden und zum Teil auch einsamen Lebenssituationen das Altwerden meistern muss. Diese vulnerablen und sozial benachteiligten Gruppen unter den 65- bis 80-Jährigen sind für die Gesundheitsförderung von besonderem Interesse.

Die Altersgruppe ist mehrheitlich weiblich und, im Gegensatz zu den nachfolgenden Generationen, weniger multiethnisch. Ältere Menschen mit Migrationshintergrund stellen zwar fast ein Zehntel der Altersgruppe, den größten Teil von ihnen bilden aber die (Spät-)Aussiedlerinnen und -Aussiedler, die sich selbst als Deutsche definieren.

Der überwiegende Teil der Altersgruppe befindet sich im Ruhestand und lebt von Renten, Pensionen, Vermögen und Ersparnissen. Allerdings leidet ein nicht unerheblicher Teil der alten Menschen unter Armut oder gilt als armutsgefährdet. Risikofaktoren sind neben einer niedrigen Bildung eine diskontinuierliche Erwerbsbiografie und ein Migrationshintergrund. Zwar verfügen alte Menschen in Ostdeutschland durch ihre überwiegend langen Erwerbsbiografien weitgehend über ausreichende Renten. Sie konnten aber nicht, wie die älteren Menschen in Westdeutschland, Vermögen bilden, um damit 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. Die Lebensphase ist aber auch die Zeit der Verwitwung, und so erlebt ein großer Teil unserer Altersgruppe

den Tod des Partners, seltener der Partnerin. Außerfamiliäre Netzwerke sind weniger stark ausgeprägt als bei jüngeren Generationen, sodass mit dem Tod des Partners oder der Partnerin die Gefahr von Einsamkeit und Rückzug droht.

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, aber immerhin von der Hälfte der Befragten als »gut« oder »sehr gut« bewertet. Im Vergleich zu früheren Generationen sind die 65- bis 80-Jährigen heute gesünder, haben weniger Erkrankungen und eine höhere fernere Lebenserwartung. Trotzdem nehmen körperliche Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten, Multimorbidität und chronische Erkrankungen zu. Am häufigsten treten in dieser Altersgruppe Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems auf. Von vielen Krankheiten – wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall oder Diabetes – sind Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status überdurchschnittlich stark betroffen. Psychische Erkrankungen, die jedoch nicht immer erkannt und behandelt werden, belasten fast ein Viertel der Altersgruppe.

Im Vergleich zu früheren Generationen der Altersgruppe ist das Gesundheitsbewusstsein gestiegen. So hat beispielsweise die sportliche Aktivität im Verlauf des vergangenen Jahrzehnts bei Menschen bis zum Alter von 75 Jahren zugenommen. Die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen durch die Altersgruppe der 65- bis unter 70-Jährigen ist groß, geht aber im höheren Alter etwas zurück.

Der Konsum von Suchtmitteln wie Alkohol und Tabak nimmt mit zunehmendem Alter ab, ist aber bei einigen immer noch hoch. Aktuelle Daten zum Konsum von Suchtmitteln (zum Beispiel Alkohol, illegale Drogen, Medikamente) liegen für die Altersgruppe der über 65-Jährigen zurzeit nicht vor. Es deutet sich aber ein Anstieg des Suchtmittelkonsums auch unter

älteren Menschen an. Hier besteht ein eindeutiges Forschungsdefizit. Ebenso gibt es keine aktuellen und repräsentativen Daten zu Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten von älteren Menschen mit Migrationshintergrund.

Das Thema Hilfe- und Pflegebedarf betrifft Menschen im Alter zwischen 65 und 80 Jahren einerseits als Empfängerinnen und Empfänger von Hilfen, andererseits als Helfende und Pflegendе. Der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen lebt in Privathaushalten und wird von Angehörigen, häufig der Lebenspartnerin oder dem Lebenspartner, versorgt. Je älter die Pflegebedürftigen sind, desto öfter sind zusätzlich ambulante Pflegedienste an ihrer Pflege beteiligt. Über zwei Drittel der Pflegenden fühlen sich belastet und sind entsprechend gesundheitlich gefährdet.

Mit dem Eintritt in den Ruhestand verfügen die älteren Menschen über mehr »pflichtfreie« Zeit, die sie nach eigenem Gutdünken 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. Auch wenn der Fernsehkonsum in dieser Altersgruppe enorm ist, gestalten viele ältere Menschen ihren Ruhestand aktiv, sind Mitglied in einem Verein und engagieren sich für die Gesellschaft. Die Altersgruppe ist mobiler als frühere Generationen und vertritt, zumindest was das Rollenverständnis von Mann und Frau angeht, egalitäre Einstellungen als die Älteren der vorangegangenen Generationen.

Im Gegensatz zu jüngeren Kohorten beeinflusst das Geschlecht die Alltagsgestaltung allerdings deutlich: Erheblich weniger Frauen als Männer verfügen über einen Führerschein oder einen Pkw, engagieren sich ehrenamtlich oder nutzen einen Computer oder das Internet. Zwar holen die Frauen in den nachfolgenden Kohorten sichtbar auf, aber in der Gruppe der 65- bis 80-Jährigen, vor allem unter den über 74-Jährigen, sind die eigenständige, motorisierte oder virtu-

elle Mobilität und das zivilgesellschaftliche Engagement gering.

Der überwiegende Teil der älteren Menschen erhält den eigenständigen Alltag in der angestammten Umgebung – oft in der eigenen Immobilie – aufrecht, so lange es nur geht. Allerdings sind die meisten Wohnungen nicht barrierearm oder -frei. Trotzdem ist die Bereitschaft zum Umzug oder zu Anpassungsmaßnahmen in der Wohnung gering. 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. Hier bestehen, vor allem zwischen Ost- und Westdeutschland, regionale Unterschiede.

Die regionale Verteilung der älteren Menschen bildet sich deutschlandweit recht unterschiedlich ab. Die östlichen 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 weniger zu als in den (östlichen) Flächenstaaten. Damit wird sich der demografische Unterschied zwischen einzelnen Bundesländern noch weiter verstärken.

Die Expertise hat in den vorangegangenen Kapiteln einen möglichst breiten Überblick über die Lebenslage der Menschen zwischen 65 und 80 Jahren in Deutschland vermittelt. Dabei wurden sowohl die Potenziale und Ressourcen als auch die Problemlagen dieser Altersgruppe diskutiert. Deutlich wurde, dass die Datenlage teilweise noch unbefriedigend ist und nicht immer wissenschaftlich fundierte Aussagen möglich sind. Insgesamt ergibt sich ein vielfältiges und vielschichtiges Bild der alten Menschen, das ganz unterschiedliche Ansätze für Gesundheitsförderung und Prävention birgt.

09

» Anhang

» 09.1 Tabellen

Jahrgang	Alter von ... bis unter	Gesamt	Männer	Frauen
1944	65–66	901,5	437,5	464,0
1943	66–67	912,6	442,6	470,0
1942	67–68	884,6	426,6	458,0
1941	68–69	1065,7	509,7	556,1
1940	69–70	1116,1	529,0	587,1
1939	70–71	1095,8	510,4	575,4
1938	71–72	1003,8	468,4	535,4
1937	72–73	925,3	427,4	498,0
1936	73–74	886,4	403,5	482,9
1935	74–75	838,6	377,5	461,1
1934	75–76	763,3	338,7	424,6
1933	76–77	599,9	261,8	338,1
1932	77–78	581,0	248,6	332,5
1931	78–79	574,0	240,4	333,6
1930	79–80	582,5	238,1	344,4

	65–74 Jahre	75–84 Jahre
(Spät-)Aussiedler/-innen (Deutsche) gesamt; davon aus	340.000	233.000
Polen	55.000	34.000
Rumänien	36.000	25.000
Kasachstan	30.000	21.000
Russische Föderation	41.000	30.000
Herkunftsland nicht erfasst	178.000	123.000

Tab. 4: Ältere (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler nach ausgewählten, wichtigen Herkunftsländern in absoluten Zahlen (Statistisches Bundesamt 2011a, S. 68–69, eigene Zusammenstellung, Differenzen durch Rundungen)

Altersgruppe	Geschlecht	Erwerbstätig	Nicht erwerbstätig
60–69	Männer	13,2	86,8
60–69	Frauen	9,3	90,7
60–69	<i>Insgesamt</i>	11,4	88,6
70–85	Männer	6,4	93,6
70–85	Frauen	4,2	95,8
70–85	<i>Insgesamt</i>	5,2	94,8

Tab. 10: Erwerbstätigkeit von Rentnerinnen und Rentnern, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Erwerbstätigkeit von Rentnern)

Grad der beruflichen Belastung	Ziemlich	Sehr
Körperlich belastet	17,6	7,2
Durch Umweltbedingungen belastet	6,9	2,7
Durch Stress belastet	25,5	14,2
Durch neue Anforderungen belastet	14,0	9,3

Tab. 11: Arbeitsbelastungen im Beruf, 60- bis 85-jährige Berufstätige (in Prozent) (DEAS 2008: Arbeitsbelastungen im Beruf)

			Höhe der Kreditschulden in Euro		
Region	Alter	Geschlecht	0	< 5.000	> 5.000
Deutschland	55–69	Männer	80,9	7,5	11,7
Deutschland	55–69	Frauen	89,3	5,2	5,5
Deutschland	55–69	Gesamt	85,1	6,3	8,5
Deutschland	70–85	Männer	92,8	3,4	3,9
Deutschland	70–85	Frauen	95,2	2,3	2,5
Deutschland	70–85	Gesamt	94,2	2,7	3,1
West	55–69	Männer	81,4	6,3	12,3
West	55–69	Frauen	89,7	5,4	4,9
West	70–85	Männer	92,8	3,0	4,2
West	70–85	Frauen	95,6	2,1	2,3
Ost	55–69	Männer	78,4	12,3	9,3
Ost	55–69	Frauen	87,5	4,6	7,9
Ost	70–85	Männer	92,6	4,8	2,6
Ost	70–85	Frauen	93,5	3,3	3,3

Tab. 16: Schulden aus Krediten, 2008 (in Prozent) [DEAS 2008: Schulden aus Krediten]

			Bewertung des Lebensstandards				
Region	Alter	Geschlecht	Sehr gut	Gut	Mittel	Schlecht	Sehr schlecht
Deutschland	55–69	Männer	10,6	53,1	30,5	4,9	0,9
Deutschland	55–69	Frauen	11,4	50,9	32,0	4,2	1,6
Deutschland	55–69	Gesamt	11,0	52,0	31,3	4,5	1,2
Deutschland	70–85	Männer	9,7	58,0	28,5	3,1	0,8
Deutschland	70–85	Frauen	8,4	51,8	33,9	4,3	1,7
Deutschland	70–85	Gesamt	8,9	54,4	31,6	3,8	1,3
West	55–69	Männer	11,5	55,3	28,4	4,1	0,7
West	55–69	Frauen	12,2	52,9	30,5	3,1	1,3
West	70–85	Männer	10,6	58,1	26,9	3,5	0,9
West	70–85	Frauen	9,7	51,8	32,5	4,0	2,1
Ost	55–69	Männer	6,5	44,1	39,7	8,1	1,6
Ost	55–69	Frauen	7,8	42,7	38,2	8,6	2,8
Ost	70–85	Männer	5,4	57,3	35,8	1,4	0,0
Ost	70–85	Frauen	3,0	51,5	39,5	5,7	0,3

Tab. 18: Bewertung des Lebensstandards, 2008 (in Prozent) [DEAS 2008: Bewertung des Lebensstandards]

Altersgruppe	Geschlecht	Ohne Partner	In einem Ehepaarhaushalt	In einer anderen Partnerschaftsform
55–69	Männer	13,2	79,8	7,0
55–69	Frauen	21,3	71,2	7,6
55–69	<i>Gesamt</i>	17,3	75,4	7,3
70–85	Männer	16,9	77,0	6,2
70–85	Frauen	49,0	46,9	4,1
70–85	<i>Gesamt</i>	35,4	59,7	5,0

Tab. 19: Leben in Partnerschaft, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Leben in Partnerschaft)

Geschlecht	65–70	70–75	75–80
<i>Gesamt</i>	554.440	980.205	1.021.364
Männlich	118.969	198.892	199.337
Weiblich	435.471	781.313	822.027
Sexualproportion (Frauen je 1.000 Männer)	3.660	3.928	4.124

Tab. 21: Bevölkerung Deutschlands nach demografischen Merkmalen: Verwitwung, in absoluten Zahlen (Mikrozensus 2010). Die Kategorie »Sexualproportion« sagt aus, wie viele Frauen einer Bevölkerungsgruppe (hier: Verwitwete) auf 1.000 Männer der entsprechenden Bezugsgruppe entfallen.

Alter	Geschlecht	Bevölkerung aller Haushalte	In Haushalten mit 2 Generationen	In Haushalten mit 3 und mehr Generationen	In Einpersonenhaushalten
65–70	Männer	129	11	*/	95
65–70	Frauen	539	54	12	429
70–75	Männer	194	17	*/	150
70–75	Frauen	776	66	16	652
75–80	Männer	190	13	*/	157
75–80	Frauen	809	67	18	697

*/ = keine Angabe, da Zahlenwert nicht sicher genug

Tab. 24: Verwitwete Ältere in privaten Haushalten, alleinlebend bzw. nach Zahl der Generationen im Haushalt. Deutschland, 2009, in 1.000 (Statistisches Bundesamt 2009: Mehrgenerationenhaushalte)

Alter	Geschlecht	Sehr gut	Gut	Mittel	Schlecht	Sehr schlecht
55–69	Männer	41,6	51,4	6,2	0,6	0,2
55–69	Frauen	37,5	54,1	6,9	1,1	0,5
55–69	Gesamt	39,6	52,7	6,5	0,8	0,3
70–85	Männer	43,2	51,8	5,0	0,1	0,0
70–85	Frauen	37,6	56,8	4,6	0,7	0,3
70–85	Gesamt	40,6	54,0	4,8	0,4	0,1

Tab. 26: Bewertung der Partnerschaft, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Bewertung der Partnerschaft)

Region	Alter	Geschlecht	Täglich	Wöchentlich	Monatlich	Seltener
Deutschland	55–69	Männer	16,3	60,0	15,1	8,5
Deutschland	55–69	Frauen	17,8	67,6	10,1	4,5
Deutschland	70–85	Männer	12,4	65,8	14,7	7,2
Deutschland	70–85	Frauen	13,5	69,1	12,5	5,0
West	55–69	Männer	17,4	59,6	15,5	7,6
West	55–69	Frauen	18,4	67,7	9,9	4,1
West	70–85	Männer	12,4	66,8	13,8	6,9
West	70–85	Frauen	14,2	69,7	11,6	4,5
Ost	55–69	Männer	12,4	61,6	13,7	12,4
Ost	55–69	Frauen	15,6	67,5	10,9	5,9
Ost	70–85	Männer	12,3	61,2	18,4	8,2
Ost	70–85	Frauen	10,5	66,4	16,2	6,9

Tab. 28: Kontakthäufigkeit zu erwachsenen Kindern, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Kontakthäufigkeit zu erwachsenen Kindern)

Region	Alter	Geschlecht	Wie oft besuchen Sie Freundinnen, Freunde und Bekannte oder laden diese ein?				
			Mehrmals in der Woche	Einmal in der Woche	Ein- bis 3-mal im Monat	Seltener	Nie
Deutschland	55–69	Männer	10,8	20,2	42,4	23,6	3,1
Deutschland	55–69	Frauen	11,0	21,0	45,1	19,9	3,1
Deutschland	55–69	<i>Insgesamt</i>	10,9	20,6	43,7	21,7	3,1
Deutschland	70–85	Männer	7,3	16,2	42,2	27,3	7,0
Deutschland	70–85	Frauen	12,7	18,0	36,5	25,3	7,5
Deutschland	70–85	<i>Insgesamt</i>	10,4	17,2	38,9	26,2	7,3
West	55–69	Männer	11,3	20,8	43,3	21,8	2,9
West	55–69	Frauen	11,5	22,8	44,5	18,5	2,7
West	70–85	Männer	7,6	16,7	42,3	26,8	6,6
West	70–85	Frauen	13,6	19,1	36,8	23,8	6,7
Ost	55–69	Männer	8,9	17,5	38,3	31,3	4,0
Ost	55–69	Frauen	8,6	13,6	47,4	25,8	4,7
Ost	70–85	Männer	6,3	14,0	41,6	29,5	8,6
Ost	70–85	Frauen	9,0	13,4	35,1	31,8	10,7

Tab. 32: Besuch bei oder von Freundinnen bzw. Freunden, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Besuch bei oder von Freunden)

Tumorgruppe	Altersgruppe	Inzidenzrate (je 100.000)	
		Männer	Frauen
Krebs gesamt (ICD10 C00-97 ohne C44)*	65–69	1.932,52	1.178,24
	70–74	2.384,74	1.229,09
	75–79	2.763,14	1.474,87
Prostata	65–69	604,68	–
	70–74	717,05	–
	75–79	706,66	–
Brust	65–69	4,78	429,80
	70–74	5,25	319,92
	75–79	5,60	339,51
Lunge	65–69	269,27	98,38
	70–74	323,98	92,37
	75–79	395,66	108,53
Darm	65–69	241,79	134,25
	70–74	334,58	186,52
	75–79	422,37	237,29
Gebärmutterkörper	65–69	–	72,74
	70–74	–	86,94
	75–79	–	83,08
Mund und Rachen	65–69	64,48	17,05
	70–74	54,11	14,86
	75–79	45,24	15,67
Magen	65–69	62,33	24,91
	70–74	91,09	40,42
	75–79	124,44	61,26
Speiseröhre	65–69	40,69	6,31
	70–74	39,79	8,49
	75–79	39,33	10,31

* Ohne nichtmelanotischen Hautkrebs

Tab. 35: Geschätzte altersspezifische Krebsinzidenz (Fallzahlen je 100.000 Einwohner/-innen), 2009 (GEKID 2011, eigene Darstellung)

12-Monats-Prävalenz von Depressionen		
	Frauen	Männer
45–64 Jahre		
<i>Gesamt</i>	9,9	6,9
Untere Bildungsgruppe	10,2	9,8
Mittlere Bildungsgruppe	9,7	6,6
Obere Bildungsgruppe	10,2	6,4
ab 65 Jahren		
<i>Gesamt</i>	7,3	3,3
Untere Bildungsgruppe	7,7	4,8
Mittlere Bildungsgruppe	7,3	3,4
Obere Bildungsgruppe	5,3	2,4

Tab. 38: 12-Monats-Prävalenz von Depressionen (in Prozent)
(RKI 2011a, S. 77, eigene Darstellung)

Geschlecht	Alter	Durchschnitt- liche Größe	Durchschnittl. Gewicht/BMI
Männlich	65- bis < 70	1,76 m	84,4 kg/27,4
	70- bis < 75	1,74 m	83,3 kg/27,4
	Über 75	1,73 m	79,0 kg/26,5
Weiblich	65- bis < 70	1,64 m	71,2 kg/26,4
	70- bis < 75	1,63 m	71,3 kg/26,8
	Über 75	1,61 m	67,4 kg/25,9

Tab. 42: Durchschnittliche Größe und Gewicht nach Alter und
Geschlecht (Mikrozensus 2011a)

Geschlecht	Männer				Frauen			
Alter	65–69	70–74	75–79	Gesamt	65–69	70–74	75–79	Gesamt
Alle Diagnosen und Behandlungsanlässe	75.773	88.157	56.590	220.520	80.196	103.927	82.261	266.384
Krankheiten des Kreislaufsystems	20.230	24.756	17.242	62.228	10.265	15.434	14.172	39.871
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	19.704	24.200	16.495	60.399	31.968	45.111	35.535	112.614
Neubildungen [Krebs]	17.209	17.290	7.644	42.143	16.216	14.594	8.508	39.318

Tab. 46: Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen mit mehr als 100 Betten (Fälle), 2010, in absoluten Zahlen (Statistisches Bundesamt 2010b, zitiert nach www.gbe-bund.de)

Sterbeort	
Krankenhaus	42–43
Heim	15–25
Hospiz	1–2
Zu Hause	25–30
Andere Orte	3–7

Tab. 47: Geschätzte Verteilung der Sterbeorte (in Prozent) [Jaspers und Schindler 2004, S. 23]

Alter	Geschlecht	Pflegebedürftige je 100.000 Einwohner/-innen				
		Pflege- bedürftige insgesamt	Ambul. Pflege einschl. Kom- bileistungen	Vollstationäre Pflege	Pflegegeld	Teilstationäre Pflege
65 bis unter 70	<i>Gesamt</i>	2.657	550	637	1.471	43
	Männer	2.790	537	701	1.552	48
	Frauen	2.534	561	578	1.395	38
70 bis unter 75	<i>Gesamt</i>	4.743	1.110	1.185	2.447	82
	Männer	4.673	1.017	1.127	2.528	91
	Frauen	4.803	1.191	1.235	2.377	74
75 bis unter 80	<i>Gesamt</i>	9.899	2.606	2.663	4.630	183
	Männer	8.774	2.264	2.034	4.476	181
	Frauen	10.741	2.862	3.133	4.746	185

Tab. 49: Pflegebedürftige je 100.000 Einwohner/-innen nach Alter, Geschlecht, Art der Betreuung (Statistisches Bundesamt 2011r, Pflege-
statistik 2009, www.destatis.de, eigene Darstellung)

Besuch kultureller Veranstaltungen	Männer 55–69 Jahre		Frauen 55–69 Jahre		Männer 70–85 Jahre		Frauen 70–85 Jahre	
	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West
Mehrmals in der Woche	0,3	0,4	0,0	0,8	0,0	0,1	0,3	0,7
Einmal in der Woche	0,8	1,1	0,8	1,4	0,6	1,1	0,0	1,4
Ein- bis 3-mal im Monat	16,9	18,8	16,1	24,3	10,6	13,5	12,8	13,6
Seltener	50,5	50,1	48,8	49,7	39,5	42,7	31,6	35,3
Nie	31,5	29,6	34,4	23,7	49,3	42,6	55,4	49,1

Tab. 50: Besuch kultureller Veranstaltungen nach Alter und Region (in Prozent) (DEAS 2008: Besuch kultureller Veranstaltungen, eigene
Darstellung)

Verein	Männer 55–69 Jahre		Frauen 55–69 Jahre		Männer 70–85 Jahre		Frauen 70–85 Jahre	
	Ost*	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West
Sport/gesellige Vergnügungen	12,9	37,5	16,7	30,4	8,3	22,2	6,0	14,1
Wohltätige Organisationen	2,4	8,3	6,7	7,2	3,5	8,9	3,0	7,6
Kirchliche/relig. Gruppen	4,0	8,3	5,6	12,0	3,2	7,8	6,7	12,6
Heimat-/Bürgervereine, Freiwillige Feuerwehr	7,3	12,7	2,5	5,2	4,6	10,6	2,0	4,7
Verbände, Gewerkschaften, politische Parteien	8,9	17,3	5,8	5,6	6,9	12,6	3,3	2,6
Seniorenspezif. Gruppen	10,8	9,1	15,0	11,7	16,3	15,7	20,4	21,3

* »Ostdeutschland« beinhaltet im DEAS und bei gerostat das ehemalige Gebiet von Ostberlin, »Westdeutschland« beinhaltet das ehemalige Westberlin.

Tab. 51: Mitgliedschaftsbereiche in Vereinen, Gruppen oder Organisationen, 2008, nach Altersgruppen, Geschlecht und Region (in Prozent) (DEAS 2008: Mitgliedschaftsbereiche in Vereinen, Gruppen, Organisationen, eigene Darstellung)

Fernsehsender	60–69 Jahre	70+
Öffentlich-rechtliche Sender		
ARD Dritte (7 Sender)	19,8	23,2
ARD Das Erste	19,0	22,5
ZDF	18,6	22,2
3SAT	1,3	1,3
Phoenix	1,1	0,9
ARTE	0,8	0,7
Private Sender		
RTL	9,9	8,1
SAT.1	9,0	8,2
Pro Sieben	1,9	1,0
Vox	3,9	2,3
RTL II	1,8	1,0
Kabeleins	2,0	1,1

Tab. 59: Marktanteile der Fernsehsender, 2007, Mo.–So. 3.00–3.00 Uhr, in Prozent nach Altersgruppe (Blödorn 2009, S. 167, eigene Darstellung)

Spartennutzung der über 65-Jährigen	
Information	38
Sport	9
Unterhaltung	16
Fiction	29
Werbung	5
Sonstiges	3

Tab. 60: Spartennutzung der über 65-Jährigen, 2010 (in Prozent)
[Reitze 2011, S. 73, eigene Darstellung]

Presseerzeugnis	Männer	
	Altersgruppe 60–69	Altersgruppe 70+
Bild am Sonntag	24,1	22,8
Bild/Deutschland (inkl. BZ)	22,2	19,8
Stern	14,9	11,5
Der Spiegel	12,9	11,5
Focus	11,0	8,9
Hörzu	9,5	13,4
rtv	26,0	29,7
Prisma	13,7	15,5
ADAC Motorwelt	46,1	38,8

Tab. 61: Reichweite von Presseerzeugnissen unter Männern
nach Alter im Jahr 2011 (in Prozent). Hier: Darstellung der neun
am weitesten verbreiteten Presseerzeugnisse (Arbeitsgemein-
schaft Media-Analyse e. V. und Media-Micro-Census GmbH 2011,
eigene Darstellung)

	Frauen	
Presseerzeugnis	Altersgruppe 60–69	Altersgruppe 70+
Bild der Frau	21,1	17,2
Bild/Deutschland (inkl. BZ)	15,0	12,2
Bunte	11,4	10,4
Hörzu	10,1	11,9
Bild am Sonntag	10,9	9,9
Frau im Spiegel	10,8	10,1
rtv	27,3	29,3
Prisma	15,1	17,0
ADAC Motorwelt	15,4	8,4

Tab. 62: Reichweite von Presseerzeugnissen unter Frauen, nach Alter im Jahr 2011 (in Prozent). Hier: Darstellung der neun am weitesten verbreiteten Presseerzeugnisse (Arbeitsgemeinschaft Media-Analyse e.V. und Media-Micro-Census GmbH 2011, eigene Darstellung)

Waren/Dienstleistungen für den privaten Gebrauch	Männer 65+	Frauen 65+
Urlaubsunterkünfte	58	48
Andere Dienstleistungen für Urlaubsreisen	37	36
Arzneimittel	37	43
Bücher/Magazine	37	37
Kleidung/Sportartikel	34	51

Tab. 65: Art der Internetbestellungen für den privaten Gebrauch in den vergangenen zwölf Monaten (bezogen auf das 1. Quartal 2011) in der Altersgruppe 65+ (berücksichtigt wurden nur Personen, die im Internet Waren oder Dienstleistungen bestellt haben) (in Prozent) (Statistisches Bundesamt 2011q, S. 45, eigene Darstellung)

Bundesland	Binnenwanderungs- saldo der Einwohner/ -innen über 65 Jahre
Schleswig-Holstein	+3,0
Brandenburg	+2,8
Mecklenburg-Vorpommern	+1,0
Niedersachsen	+0,9
Bayern	+0,7
Rheinland-Pfalz	+0,3
Sachsen	+0,2
Thüringen	-0,1
Baden-Württemberg	-0,1
Berlin	-0,4
Saarland	-0,5
Hessen	-0,8
Nordrhein-Westfalen	-0,9
Sachsen-Anhalt	-1,2
Bremen	-2,5
Hamburg	-4,3
Raumordnungsregionen (ROR)	
Havelland-Fläming	+6,1
Oldenburg	+5,2
Schleswig-Holstein Ost	+4,8
...	...
Bochum/Hagen	-2,5
Göttingen	-3,1
Hamburg	-4,3

Tab. 70: Binnenwanderungssaldo je 1.000 Einwohner/-innen der Altersgruppe 65 Jahre und älter, 2009, in Bundesländern (INKAR 2011, eigene Darstellung)

	Bevölkerung Im Alter von ... bis einschließlich			Geringfügig entlohnte Beschäftigte {geB}			geB-Quote		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
	Sp. 4/Sp. 1	Sp. 5/Sp. 2	Sp. 6/Sp. 3						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
65–69									
Ende 2003	4.962.354	2.360.756	2.601.598	378.897	190.376	188.521	7,6%	8,1%	7,2%
Ende 2004	5.191.424	2.474.740	2.716.684	427.450	215.861	211.589	8,2%	8,7%	7,8%
Ende 2005	5.374.399	2.567.623	2.806.776	442.934	225.705	217.229	8,2%	8,8%	7,7%
Ende 2006	5.459.176	2.613.746	2.845.430	459.276	236.550	222.726	8,4%	9,1%	7,8%
Ende 2007	5.324.024	2.552.272	2.771.752	455.417	236.573	218.844	8,6%	9,3%	7,9%
Ende 2008	5.144.557	2.469.600	2.674.957	449.778	235.028	214.750	8,7%	9,5%	8,0%
Ende 2009	4.880.509	2.345.401	2.535.108	431.878	225.420	206.458	8,8%	9,6%	8,1%
Ende 2010	4.381.911	2.106.077	2.275.834	397.994	209.527	188.467	9,1%	9,9%	8,3%
70–74									
Ende 2003	3.511.483	1.570.172	1.941.311	140.399	71.902	68.497	4,0%	4,6%	3,5%
Ende 2004	3.611.866	1.628.184	1.983.682	156.856	81.292	75.564	4,3%	5,0%	3,8%
Ende 2005	3.759.730	1.706.837	2.052.893	165.166	86.185	78.981	4,4%	5,0%	3,8%
Ende 2006	3.971.995	1.812.346	2.159.649	180.769	95.022	85.747	4,6%	5,2%	4,0%
Ende 2007	4.218.662	1.933.383	2.285.279	201.644	107.435	94.209	4,8%	5,6%	4,1%
Ende 2008	4.522.256	2.079.806	2.442.450	225.327	121.277	104.050	5,0%	5,8%	4,3%
Ende 2009	4.739.924	2.187.216	2.552.708	244.870	131.539	113.331	5,2%	6,0%	4,4%
Ende 2010	4.915.622	2.275.092	2.640.530	262.693	141.617	121.076	5,3%	6,2%	4,6%
75+									
Ende 2003	6.386.158	2.056.652	4.329.506	77.227	35.173	42.054	1,2%	1,7%	1,0%
Ende 2004	6.564.161	2.170.011	4.394.150	84.616	40.156	44.460	1,3%	1,9%	1,0%
Ende 2005	6.735.945	2.281.941	4.454.004	84.712	41.066	43.646	1,3%	1,8%	1,0%
Ende 2006	6.868.118	2.376.489	4.491.629	87.048	42.918	44.130	1,3%	1,8%	1,0%
Ende 2007	6.976.058	2.459.299	4.516.759	90.379	45.632	44.747	1,3%	1,9%	1,0%
Ende 2008	7.062.200	2.534.254	4.527.946	92.639	47.972	44.667	1,3%	1,9%	1,0%
Ende 2009	7.281.309	2.667.197	4.614.112	99.829	52.488	47.341	1,4%	2,0%	1,0%
Ende 2010	7.546.760	2.819.903	4.726.857	108.423	57.850	50.573	1,4%	2,1%	1,1%
65+									
Ende 2003	14.859.995	5.987.580	8.872.415	596.523	297.451	299.072	4,0%	5,0%	3,4%
Ende 2004	15.367.451	6.272.935	9.094.516	668.922	337.309	331.613	4,4%	5,4%	3,6%
Ende 2005	15.870.074	6.556.401	9.313.673	692.812	352.956	339.856	4,4%	5,4%	3,6%
Ende 2006	16.299.289	6.802.581	9.496.708	727.093	374.490	352.603	4,5%	5,5%	3,7%
Ende 2007	16.518.744	6.944.954	9.573.790	747.440	389.640	357.800	4,5%	5,6%	3,7%
Ende 2008	16.729.013	7.083.660	9.645.353	767.744	404.277	363.467	4,6%	5,7%	3,8%
Ende 2009	16.901.742	7.199.814	9.701.928	776.577	409.447	367.130	4,6%	5,7%	3,8%
Ende 2010	16.844.293	7.201.072	9.643.221	769.110	408.994	360.116	4,6%	5,7%	3,7%

Tab. 73: Geringfügig entlohnte Beschäftigte, 2003 bis 2010, in absoluten Zahlen {Schröder 2011}

Region	Alter	Haushaltsgröße	Monatliches Haushaltsnettoeinkommen			
			Haushalte insgesamt	unter 900 Euro % an gesamt	unter 1.300 Euro	unter 1.700 Euro
Deutschland	65 – < 70	Haushalte insg.	2.870	302 (10,5%)	845	1.398
Deutschland	65 – < 70	Single-Haushalte	1.058	272 (25,7%)	642	832
Deutschland	70 – < 75	Haushalte insg.	2.942	313 (10,6%)	902	1.538
Deutschland	70 – < 75	Single-Haushalte	1.212	285 (23,5%)	721	964
Deutschland	75 – < 80	Haushalte insg.	2.098	267 (12,7%)	773	1.222
Deutschland	75 – < 80	Single-Haushalte	1.071	247 (23,0%)	652	864
Früheres Bundesgebiet	65 – < 70	Haushalte insg.	2.197	216 (9,8%)	599	980
Früheres Bundesgebiet	65 – < 70	Single-Haushalte	803	191 (23,7%)	448	600
Früheres Bundesgebiet	70 – < 75	Haushalte insg.	2.245	236 (10,5%)	663	1.107
Früheres Bundesgebiet	70 – < 75	Single-Haushalte	915	209 (22,8%)	513	693
Früheres Bundesgebiet	75 – < 80	Haushalte insg.	1.626	215 (13,2%)	584	914
Früheres Bundesgebiet	75 – < 80	Single-Haushalte	825	195 (23,6%)	482	640
Neue Länder	65 – < 70	Haushalte insg.	674	86 (12,7%)	246	419
Neue Länder	65 – < 70	Single-Haushalte	256	81 (31,0%)	194	233
Neue Länder	70 – < 75	Haushalte insg.	697	78 (11,2%)	240	432
Neue Länder	70 – < 75	Single-Haushalte	297	76 (25,0%)	209	271
Neue Länder	75 – < 80	Haushalte insg.	472	53 (11,8%)	189	308
Neue Länder	75 – < 80	Single-Haushalte	247	52 (21,9%)	170	225

Tab. 74: Haushaltsnettoeinkommen und Haushaltsgröße 2009, in 1.000 (Mikrozensus 2009, zitiert nach www.gerostat.de. Eigene Berechnung der Haushalte mit unter 900 Euro monatlichem Haushaltsnettoeinkommen am Gesamt der Haushalte der jeweiligen Altersgruppe [in Prozent])

Geschlecht	Gesamt	Ohne Migrations- hintergrund	Mit Migrations- hintergrund	(Spät-)Aussied- ler/-innen
Männer	10,3	8,3	28,3	21,5
Frauen	13,8	12,5	29,0	23,6

Tab. 75: Armutsgefährdungsquote der Altersgruppe 65+ nach Migrationshintergrund (in Prozent) (Statistisches Bundesamt 2011a, S. 244 ff.; auf Basis des Mikrozensus 2010)

	Ohne Migrations- hintergrund	Mit Migrations- hintergrund
Ohne Schulab- schluss	23,0	42,9
Single-Haushalt	16,5	33,7
Lebensunterhalt: Rente	10,6	25,1

Tab. 76: Armutsgefährdungsquote der Altersgruppe 65+ nach Migrationshintergrund und Risikofaktoren (in Prozent) (Statistisches Bundesamt 2011a, S. 244)

Geschlecht	Insgesamt	Bis 59 Jahre	60–79 Jahre	80 Jahre und älter
Männlich	36	52	45	24
Weiblich	64	48	55	76
Verheiratet*	36	26	54	27
Verwitwet	41	3	30	64
Geschieden	7	8	10	5
Ledig	16	63	6	4
Kinderlos	21	68	14	8
1 Kind	22	15	18	29
2 Kinder	29	10	35	32
3 und mehr Kinder	28	7	33	31
Alleinlebend	34	15	36	39
2-Personen-Haushalt	39	27	51	35
3-Personen-Haushalt	13	26	6	14
4-und-mehr-Personen- Haushalt	14	32	7	12

* Einschließlich eingetragener Lebenspartnerschaften (Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010)

Tab. 77: Pflegebedürftige in Privathaushalten, Strukturmerkmale nach Alter (in Prozent) (BMG 2011, S. 17)

	1994			2005		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
Geschlecht						
Männer	21	–	–	27	–	–
Frauen	79	–	–	73	–	–
Alter						
< 59 Jahre	5	3	11	4	2	8
60–64 Jahre	3	1	10	2	2	4
65–69 Jahre	5	5	7	5	3	12
70–74 Jahre	9	9	12	7	5	12
75–79 Jahre	10	10	10	13	13	16
80–84 Jahre	24	25	19	23	25	17
85–89 Jahre	26	28	18	20	22	16
90 Jahre und älter	18	19	13	25	28	15
Altersdurchschnitt in Jahren	81,0	82,3	76,0	81,8	83,6	76,8
Familienstand						
Verheiratet	7	4	20	15	9	30
Verwitwet	64	71	40	64	73	38
Geschieden	8	7	11	6	5	11
Ledig	21	18	30	15	12	21
Nationalität						
Deutsch	–	–	–	97	98	96
(eingebürg.) Zuwanderer	–	–	–	2	1	3
Nichtdeutsch	–	–	–	1	1	1

Tab. 78: Bewohnerinnen und Bewohner in vollstationären Alteinrichtungen – TNS Infratest-Heimerhebungen 1994 (MuG II) und 2005 (MuG IV), Soziodemografische Strukturmerkmale (in Prozent) (Schneekloth und Törne 2009, S. 85 f.)

09.2 Abbildungen

	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Stichtag 30. Juni ...					
Alter	2005	2006	2007	2008	2009	2010
65	20.560	21.399	24.609	26.125	29.462	26.640
66	14.775	16.210	17.243	19.175	19.038	21.543
67	11.673	12.457	14.512	15.688	16.329	16.124
68	10.658	10.201	11.524	13.527	14.030	14.381

Abb. 2: Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Ältere in absoluten Zahlen, Zeitverlauf (Bundesagentur für Arbeit, zitiert nach Bundesregierung 2011, S. 44)

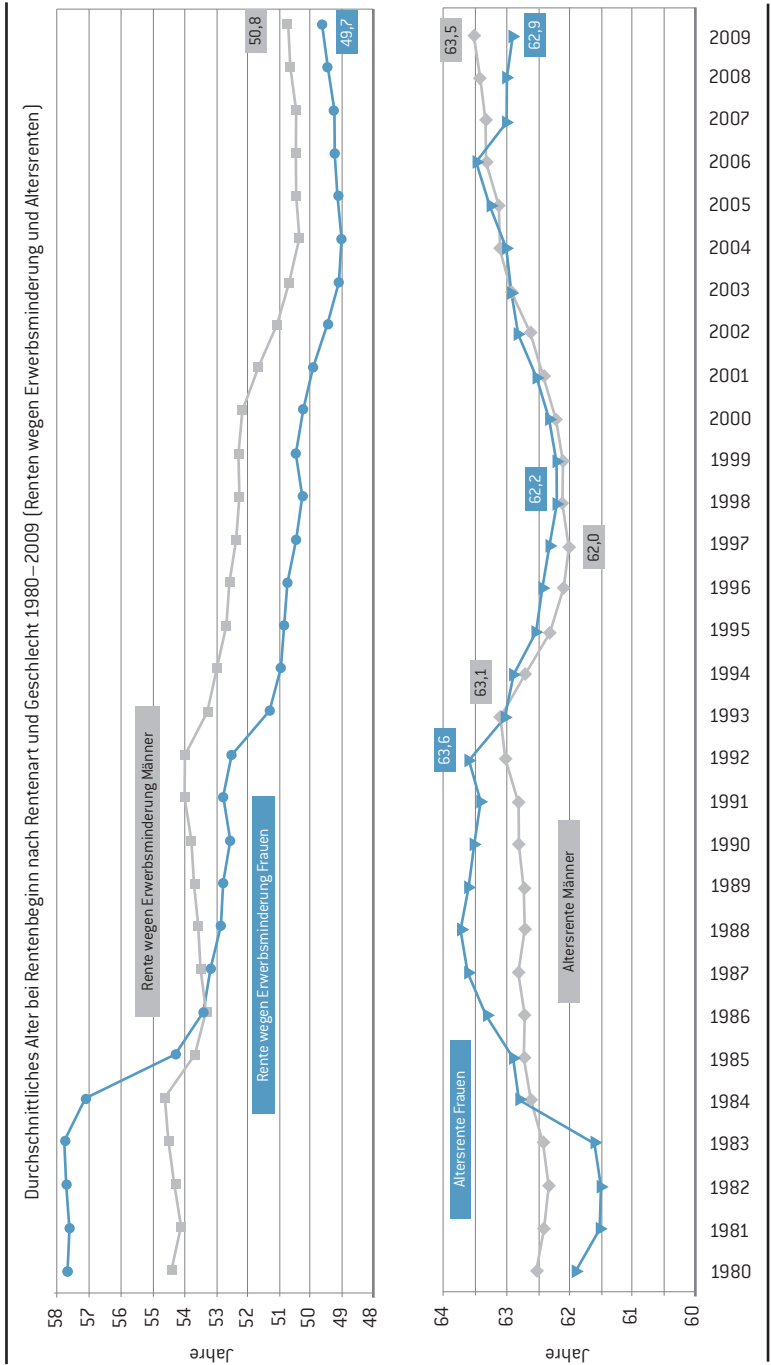


Abb. 4: Alter bei Rentenbeginn, Erwerbsminderungs- und Altersrenten nach Geschlecht im Zeitverlauf 1980–2009* (Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund [2010]: Rentenversicherung in Zahlen, Berlin, in: www.sozialpolitik-aktuell.de). Bis 1993: Alte Bundesländer; ab 1993: Deutschland

* »Die Daten entstammen aus der Rentenzugangsstatistik der Deutschen Rentenversicherung. Ihr Aussagewert ist insofern eingeschränkt, als die Durchschnittswerte, die für die Kalenderjahre ausgewiesen werden, durch demografische Effekte verzerrt sein können. Ist zum Beispiel die Altersgruppe >65 Jahre< stark, die Altersgruppe >63 Jahre< dagegen 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.« (ebd.).

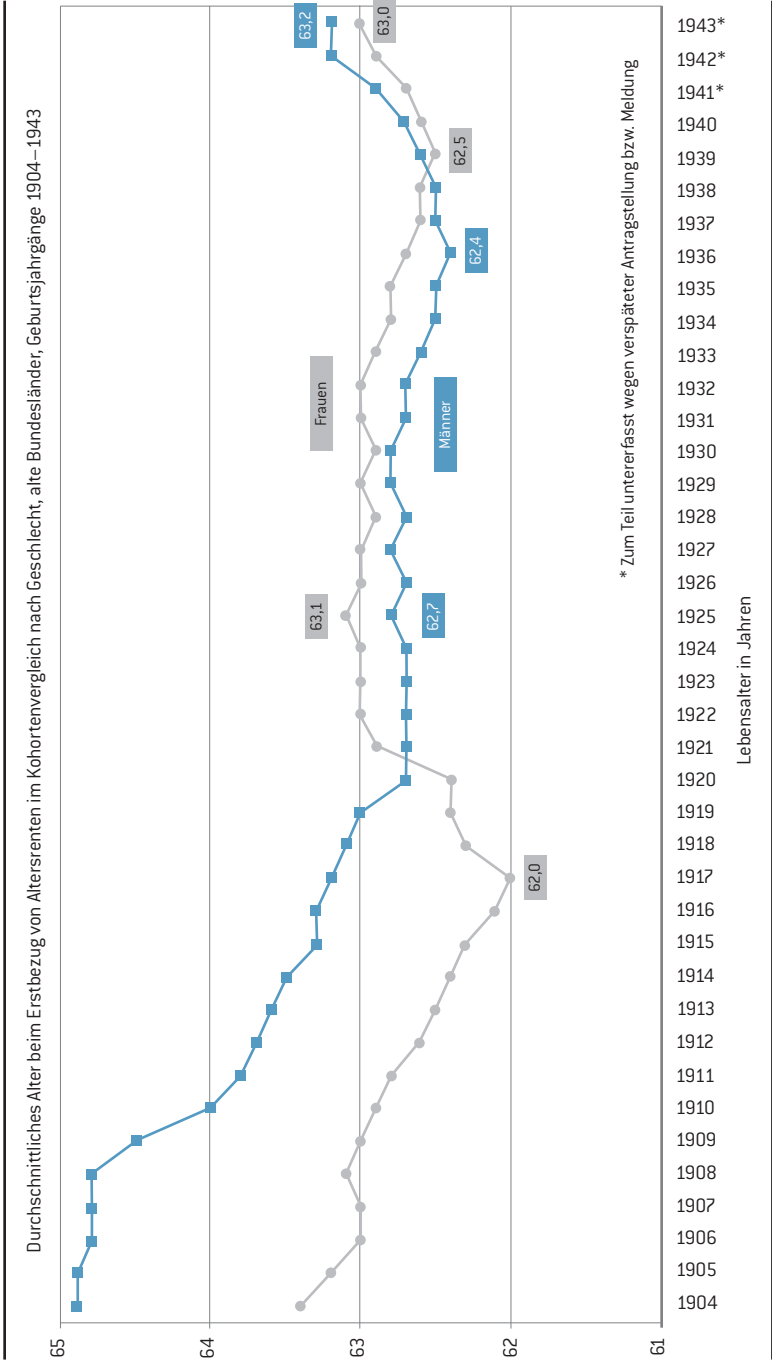


Abb. 5: Alter beim Erstbezug von Altersrente im Kohortenvergleich, nach Geschlecht, Geburtsjahrgänge 1904–1943** (Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund [2009]: Rentenversicherung in Zeitreihen, Berlin, in: www.sozialpolitik-aktuell.de)

** Im Unterschied zu Abbildung 4, »in der das durchschnittliche Rentenzugangsalter von Männern und Frauen nach Kalenderjahren beobachtet wird, wird hier das Alter beim Erstbezug von Altersrenten nach Kohorten/Geburtsjahrgängen untergliedert. Das hat den Vorteil, dass die Besetzungstärke der Jahrgänge keinen verzerrenden Einfluss auf die Ergebnisse hat. Nachteilig ist jedoch, dass diese Unterscheidung nach Geburtsjahrgängen nur zeitlich verzögert möglich ist, da abzuwarten ist, bis der jeweils letzte Jahrgang 65 Jahre alt geworden ist. Der hier erfasste jüngste Jahrgang ist im Jahr 1943 geboren und hat damit 2008 das 65. Lebensjahr erreicht« (ebd.).

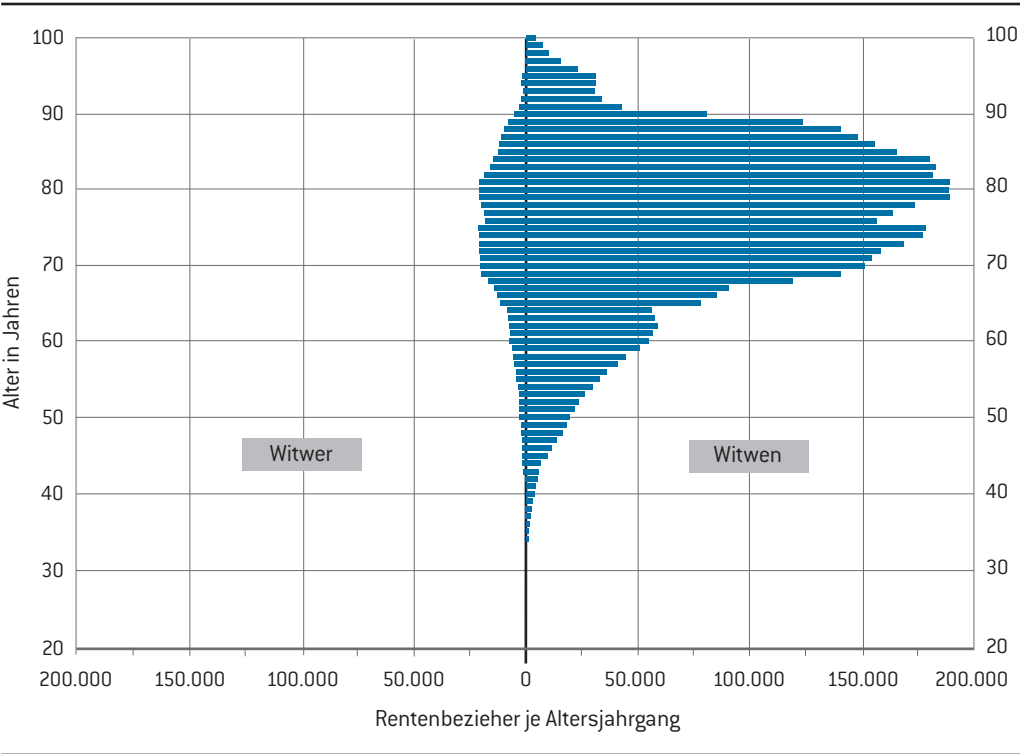


Abb. 8: Altersaufbau der Bezieher von Witwen- und Witwerrenten* am 31.12.2009 (Deutsche Rentenversicherung Bund 2010, S. XVIII)

* Renten nach dem SGB VI; Quelle: Tabellen 402.00 G, Sp. 2 und Sp. 3 / Sp. 4 und Sp. 5

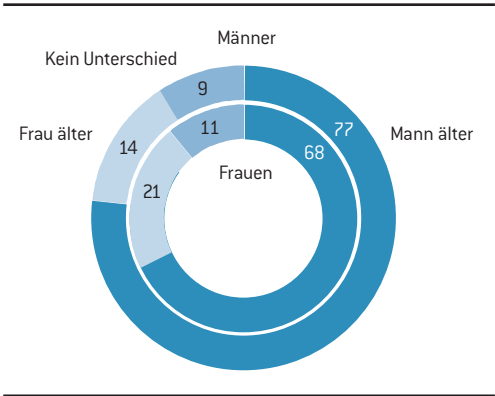


Abb. 10: Altersunterschiede der Ehepartner ab 65 Jahren (in Prozent) [Statistisches Bundesamt 2011b, S. 18]

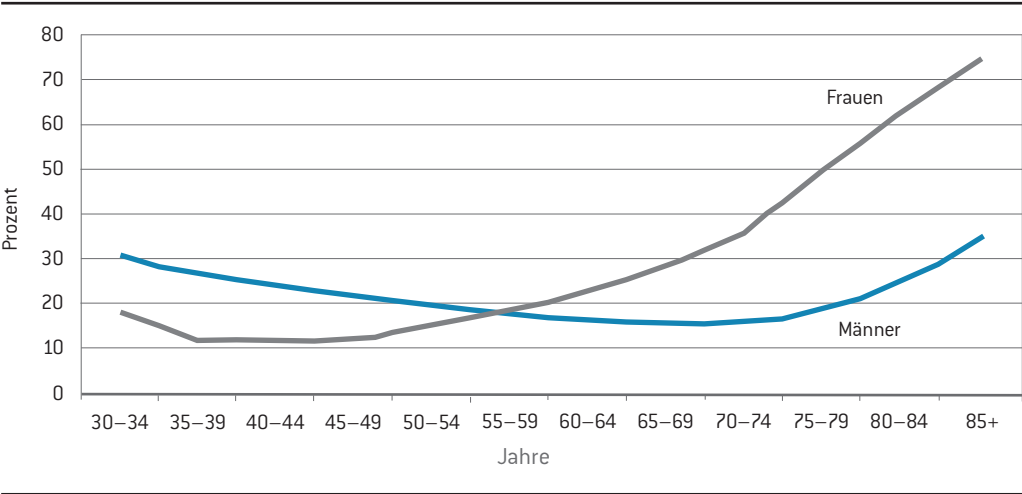


Abb. 11: Anteil der Alleinlebenden nach Alter, 2009 (in Prozent) [Statistisches Bundesamt 2011b, S. 20]

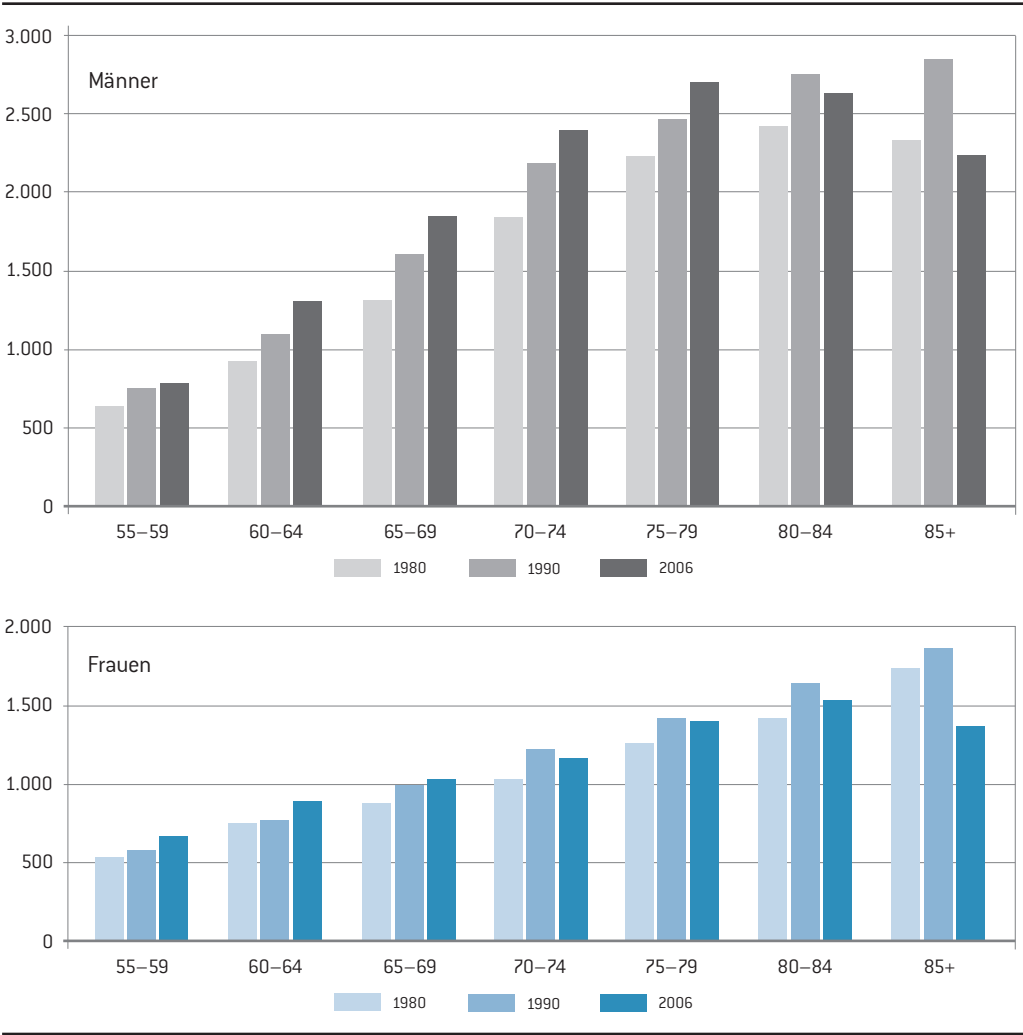


Abb. 13: Altersspezifische Krebserkrankungsraten in Deutschland nach Geschlecht, 1980, 1990, 2006, ICD10 C00-97, ohne C44 (RKI 2010b, S. 21)

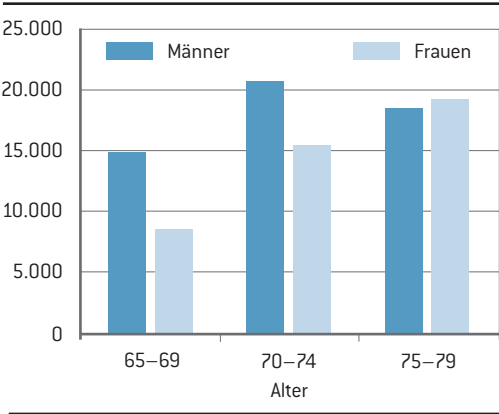


Abb. 14: Anzahl der im Krankenhaus behandelten Hirninfarkte, 2010 (Statistisches Bundesamt 2011h, eigene Darstellung)

	Raucher (täglich oder gelegentlich)		Exraucher		Nieraucher	
	%	[95 %-KI]	%	[95 %-KI]	%	[95 %-KI]
Frauen						
45–64 Jahre	29,4	[27,7–31,2]	26,1	[24,5–27,8]	44,5	[42,6–46,4]
Untere Bildungsgruppe	34,6	[29,0–40,7]	20,7	[16,1–26,2]	44,7	[38,6–50,9]
Mittlere Bildungsgruppe	30,4	[28,4–32,5]	26,9	[24,9–29,0]	42,7	[40,5–45,0]
Obere Bildungsgruppe	21,0	[19,0–23,1]	29,3	[27,0–31,6]	49,8	[47,2–52,3]
ab 65 Jahren	8,7	[7,3–10,3]	18,2	[16,3–20,3]	73,1	[70,7–75,4]
Untere Bildungsgruppe	8,9	[6,5–12,0]	16,2	[13,0–20,0]	74,9	[70,5–78,8]
Mittlere Bildungsgruppe	8,3	[6,9–10,0]	19,0	[16,7–21,4]	72,7	[70,0–75,3]
Obere Bildungsgruppe	9,4	[7,2–12,1]	26,6	[23,1–30,5]	64,0	[59,8–68,0]
Männer						
45–64 Jahre	34,6	[32,4–36,7]	36,4	[34,2–38,6]	29,1	[27,1–31,1]
Untere Bildungsgruppe	38,7	[29,0–49,3]	34,1	[24,8–44,9]	27,2	[18,8–37,7]
Mittlere Bildungsgruppe	38,1	[35,2–41,1]	36,2	[33,4–39,2]	25,6	[23,1–28,4]
Obere Bildungsgruppe	26,6	[24,3–29,0]	37,5	[35,0–40,0]	35,9	[33,5–38,5]
ab 65 Jahren	13,7	[11,7–16,1]	49,7	[46,5–52,9]	36,6	[33,5–39,8]
Untere Bildungsgruppe	16,8	[9,5–27,8]	44,0	[32,6–56,1]	39,2	[28,3–51,4]
Mittlere Bildungsgruppe	14,3	[11,7–17,4]	51,7	[47,5–56,0]	34,0	[30,0–38,2]
Obere Bildungsgruppe	11,0	[9,1–13,2]	48,9	[45,4–52,3]	40,1	[36,8–43,6]

Abb. 16: Raucher nach Geschlecht (in Prozent)* (RKI 2011a, S. 119)

* Die Zahlen in den Klammern bezeichnen das Konfidenzintervall (Vertrauensintervall). Es gibt Aufschluss über die Genauigkeit der in den Tabellen dargestellten Häufigkeitswerte. In diesen Tabellen des RKI beschreibt der Wert den Bereich, in dem mit 95%iger Wahrscheinlichkeit der wahre Häufigkeitswert liegt (RKI 2011a, S. 49 f.).

Finanzierung	Ernährung		Bewegung		Entspannung	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
18–29 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]
30–44 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]
45–64 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]
65–79 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]

Abb. 18: Finanzierung von Präventionskursen* [RKI 2011a, S. 29]

* Die Zahlen in den Klammern bezeichnen das Konfidenzintervall (Vertrauensintervall). Es gibt Aufschluss über die Genauigkeit der in den Tabellen dargestellten Häufigkeitswerte. In diesen Tabellen des RKI beschreibt der Wert den Bereich, in dem mit 95%iger Wahrscheinlichkeit der wahre Häufigkeitswert liegt [RKI 2011a, S. 49 f.].

Alter von ... bis unter ... Jahren	Pflegebedürftige					Pflegequote*			Bevölkerung		
	Gesamt	Veränderun- gen zu 2007	Davon		darunter weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich
			zu Hause versorgt	vollstationär in Heimen							
	Anzahl	%	Anzahl			%			Anzahl		
Unter 15	66.474	5,2	66.116	358	30.885	0,6	0,6	0,6	11.022.634	5.654.417	5.368.217
15–60	256.336	1,4	222.169	34.167	124.828	0,5	0,5	0,5	49.570.287	25.130.915	24.439.372
60–65	71.370	2,6	55.464	15.906	34.909	1,7	1,7	1,6	4.307.594	2.118.460	2.189.134
65–70	129.687	–6,9	98.605	31.082	64.240	2,7	2,8	2,5	4.880.509	2.345.401	2.535.108
70–75	224.803	9,9	168.615	56.187	122.603	4,7	4,7	4,8	4.739.924	2.187.216	2.552.708
75–80	306.923	1,1	224.368	82.554	190.444	9,9	8,8	10,7	3.100.616	1.327.478	1.773.138
80–85	460.129	4,9	313.491	146.638	327.628	19,9	15,7	22,3	2.311.895	844.367	1.467.528
85–90	509.383	13,9	309.027	200.356	407.388	38,0	28,3	41,6	1.338.934	360.488	978.446
90 und mehr	313.149	–4,5	162.906	150.243	263.558	59,1	36,8	66,7	529.864	134.864	395.000
Gesamt	2.338.252	4,1	1.620.762	717.490	1.566.482	2,9	1,9	3,8	81.802.257	40.103.606	41.698.651

* Die Pflegequote beschreibt den Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe. So wird die Pflegequote für die Frauen im Alter von 70 bis unter 75 Jahren wie folgt ermittelt: 122.603/2.552.708 = 4,8%.

Abb. 20: Pflegebedürftige nach Alter und Pflegequote zum Jahresende 2009 [Statistisches Bundesamt 2011r, Pflegestatistik 2009, www.gbe-bund.de]

Herkunftsländer	Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund	Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund
Alter		
Unter 60 Jahre	29	17
60–79 Jahre	42	34
80 Jahre und älter	29	49
Lebensform		
Alleinlebens	21	35
Ehepaare	29	28
Ehepaare mit Angehörigen	14	6
Verwitwete mit Angehörigen	15	18
Sonstige Alleinstehende mit Angehörigen	10	9
Kinder unter 16 Jahre/Elternhaushalt	11	4
Pflegestufe		
Stufe I	54	59
Stufe II	31	32
Stufe III	15	9

Abb. 22: Situation pflegebedürftiger Menschen in Privathaushalten mit/ohne Migrationshintergrund (in Prozent) (BMG 2011, S. 60)

	Gesamt	Bis 59 Jahre	60–79 Jahre	80 Jahre und älter
Männlich	36	52	45	24
Weiblich	64	48	55	76
Verheiratet*	36	26	54	27
Verwitwet	41	3	30	64
Geschieden	7	8	10	5
Ledig	16	63	6	4
Kinderlos	21	68	14	8
1 Kind	22	15	18	29
2 Kinder	29	10	35	32
3 und mehr Kinder	28	7	33	31
Alleinlebens	34	15	36	39
2-Personen-Haushalt	39	27	51	35
3-Personen-Haushalt	13	26	6	14
4-und-mehr-Personen-Haushalt	14	32	7	12

* Einschließlich eingetragener Lebenspartnerschaften

Abb. 23: Strukturmerkmale pflegebedürftiger Menschen in Privathaushalten nach Alter (in Prozent) (BMG 2011, S. 17)

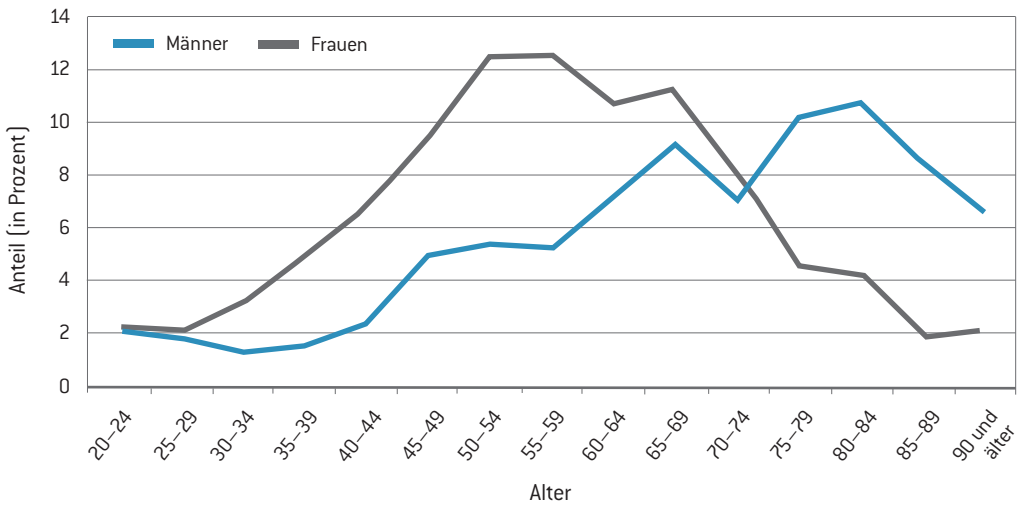


Abb. 25: Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht. Quelle: SOEP (2001–2006), gewichtet (GEK 2008, S. 69)

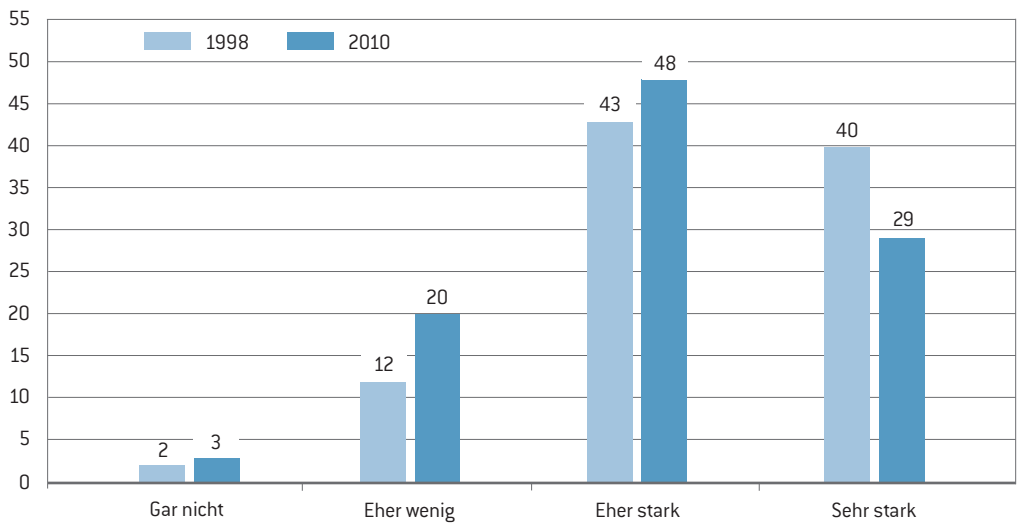


Abb. 27: Belastung der Hauptpflegepersonen, 1998 und 2010 in Privathaushalten (fehlend zu 100 = keine Angabe); Basis: Hauptpflegepersonen in Privathaushalten mit pflegebedürftiger Person (BMG 2011, S. 29)

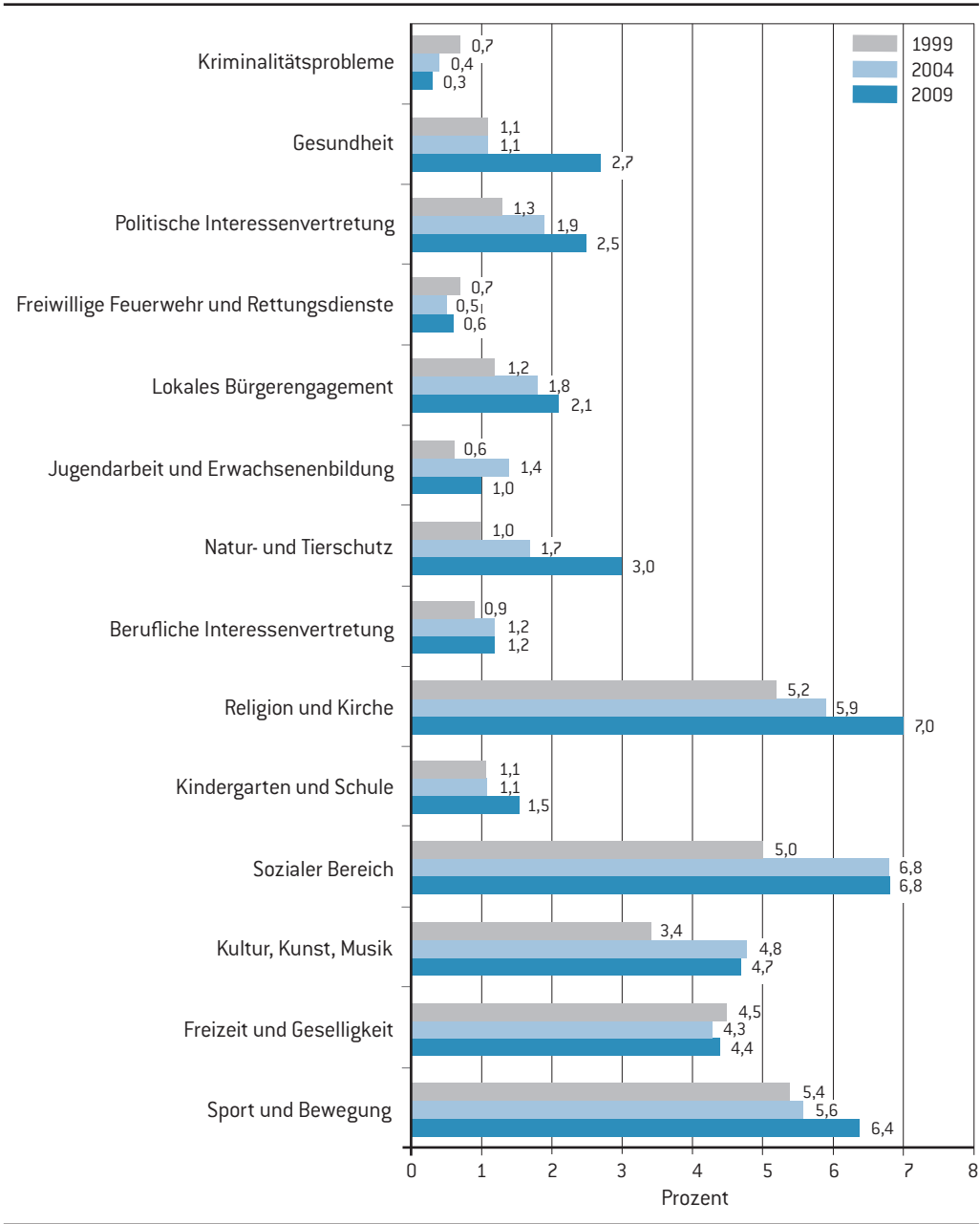


Abb. 30: Freiwilliges Engagement der über 65-Jährigen nach Bereichen, 1999, 2004, 2009, in Prozent der Altersgruppe (BMFSFJ 2010b, S. 158), Mehrfachnennungen waren möglich

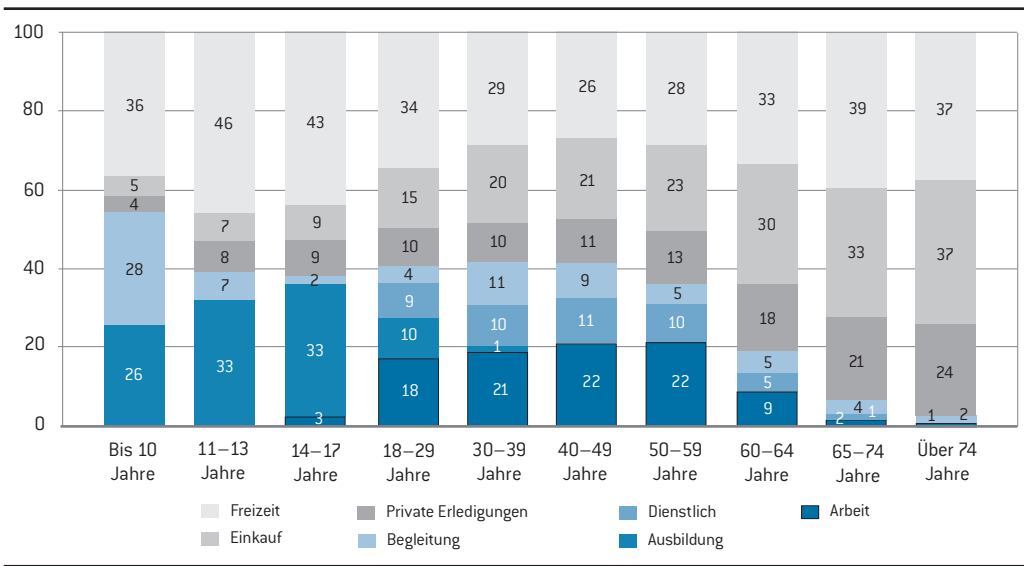


Abb. 33: Wegezwecke nach Altersgruppen der Personen, in Prozent nach Alter, 2008 (DLR und infas 2010, S. 76)

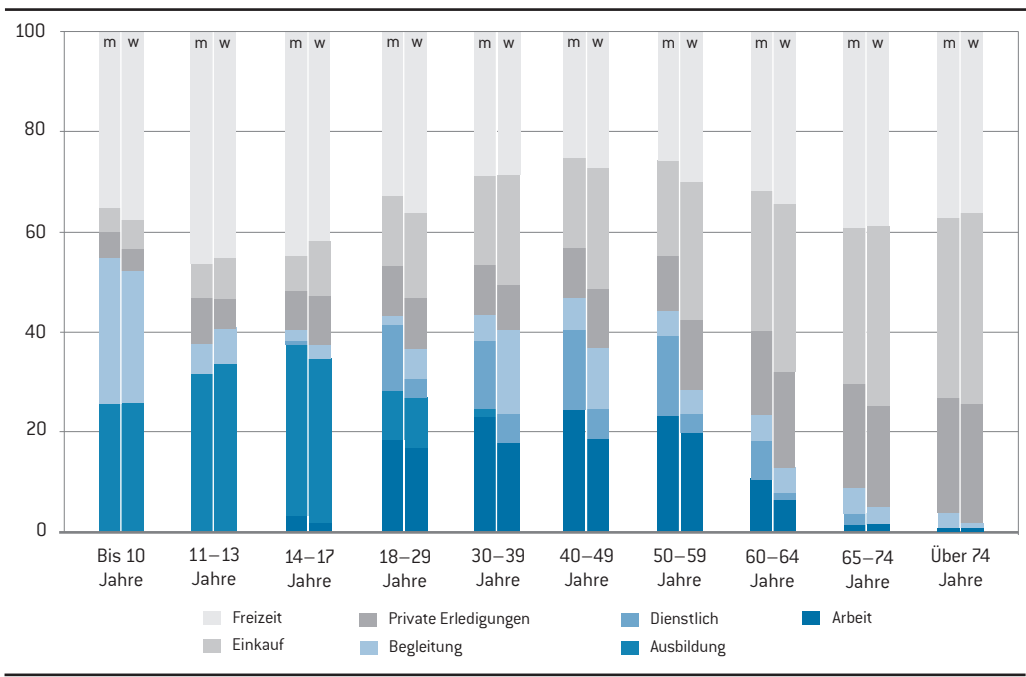


Abb. 34: Wegezwecke von Männern und Frauen nach Altersgruppen, in Prozent nach Alter und Geschlecht, 2008 (DLR und infas 2010, S. 81)

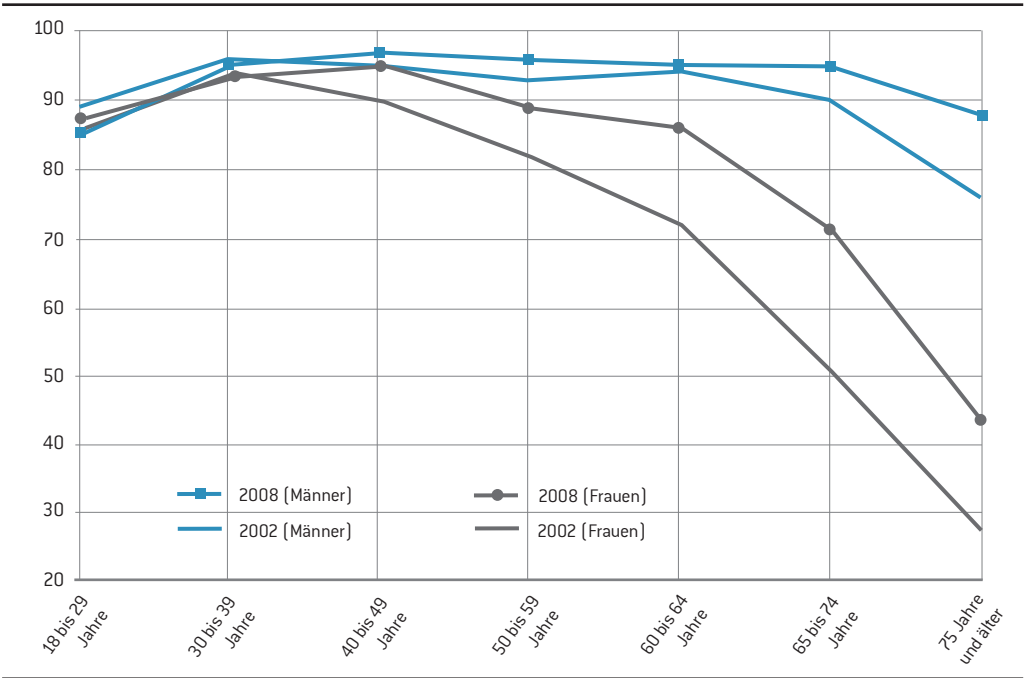


Abb. 36: Pkw-Führerscheinbesitz von Männern und Frauen nach Altersgruppen, 2002 und 2008 (in Prozent; Personen ab 18 Jahren) [DLR und infas 2010, S. 71]

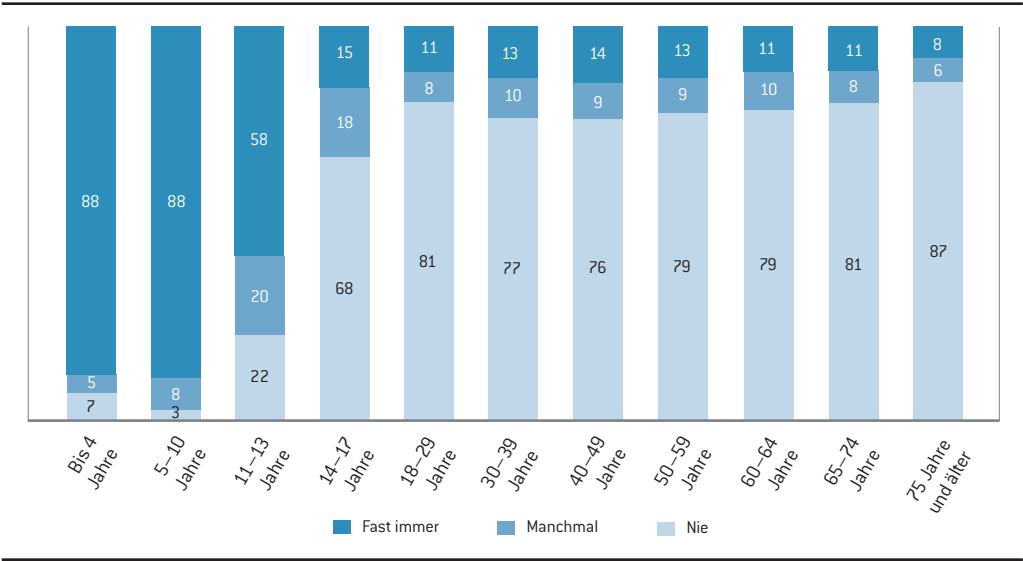


Abb. 39: Häufigkeit des Tragens eines Fahrradhelms nach Altersgruppen (in Prozent, ohne Erwachsenen-Stellvertreterinterviews), nach Alter in 2008 (DLR und ifas 2010, S. 107)

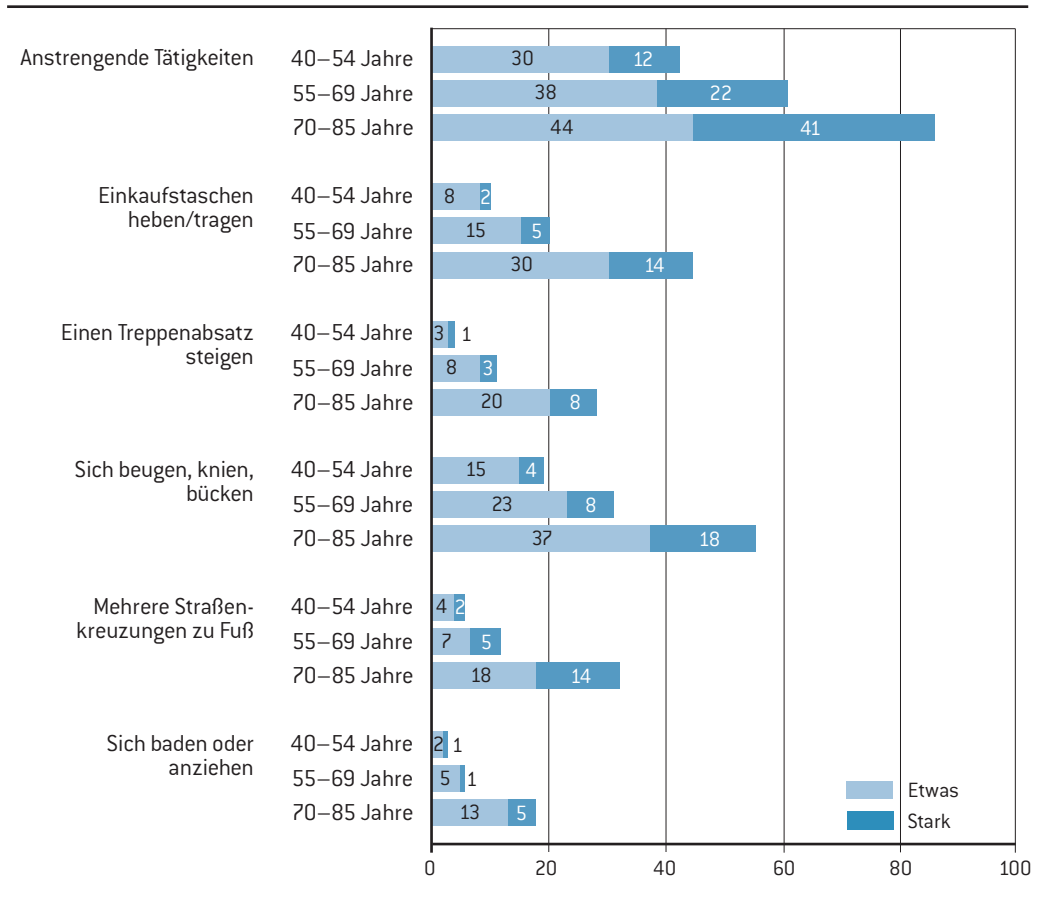


Abb. 40: Mobilitätseinschränkungen nach Altersgruppen [in Prozent], 2008 (DEAS 2008, nach Wurm, Schöllgen und Tesch-Römer 2010, S. 102)

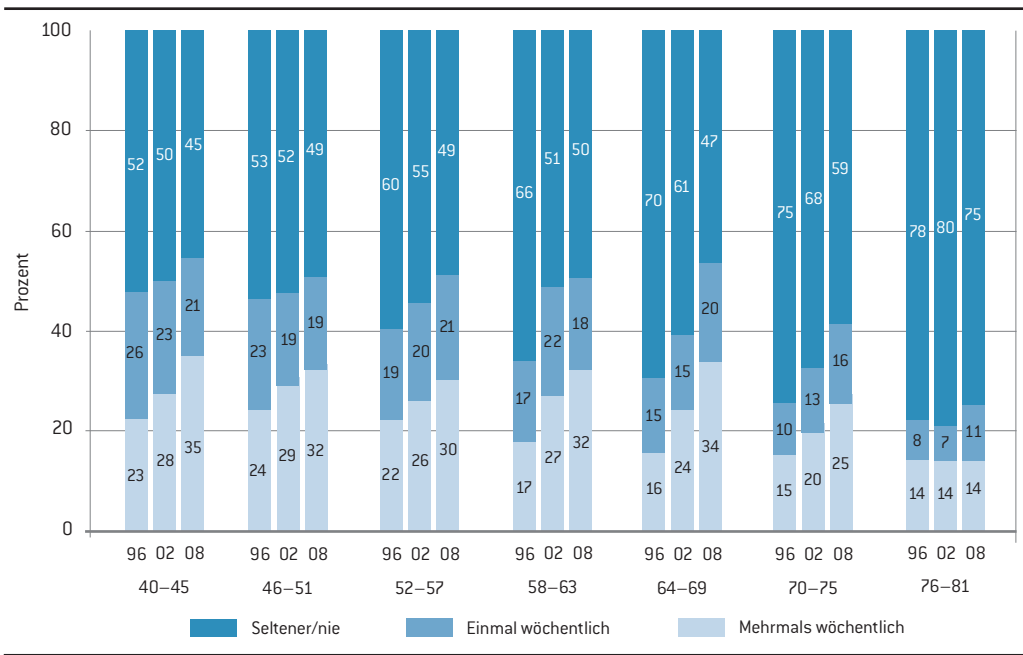


Abb. 41: Häufigkeit sportlicher Aktivitäten im Kohortenvergleich (1996, 2002, 2008), nach Altersgruppen (DEAS 2008, nach Wurm, Schöllgen und Tesch-Römer 2010, S. 113)

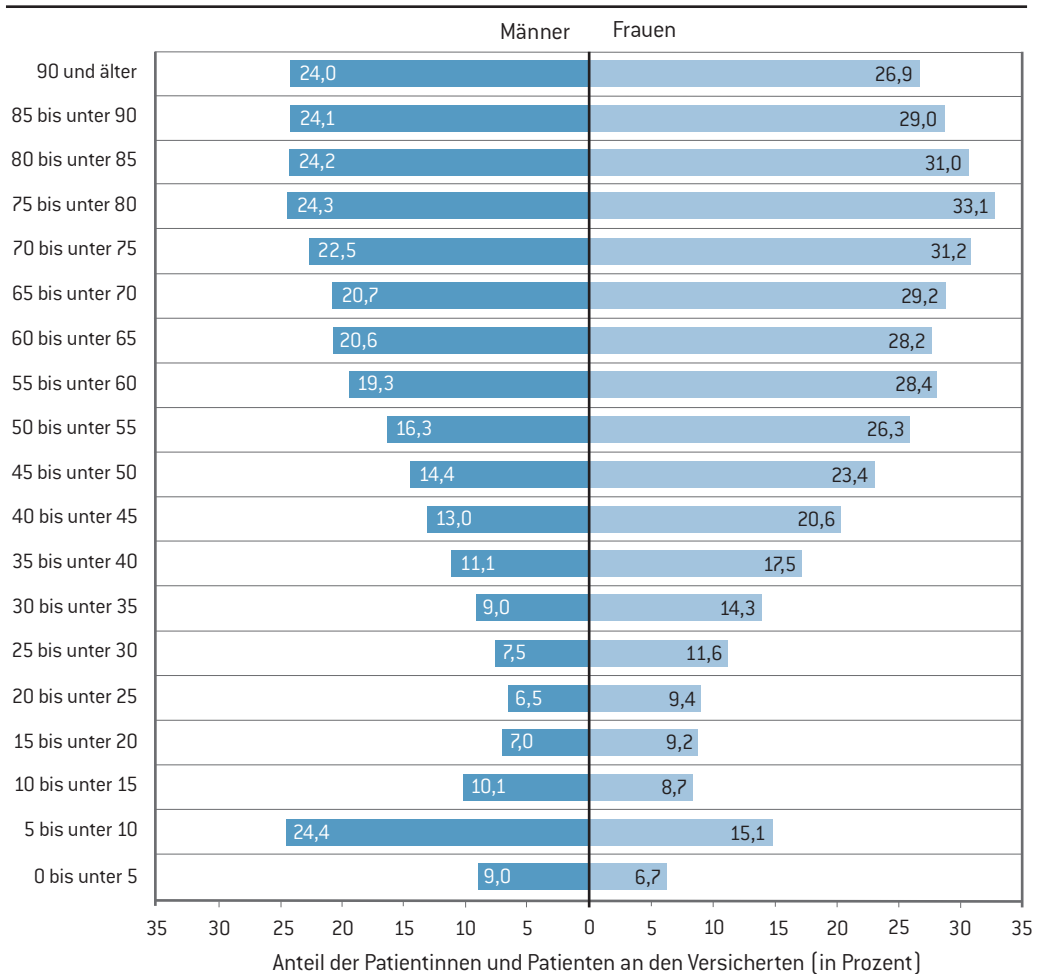


Abb. 42: Heilmittelpatientinnen und -patienten der AOK (2010), nach Alter und Geschlecht [AOK-Heilmittel-Informationssystem [AOK-HIS]] (Waltersbacher 2012, S. 17)

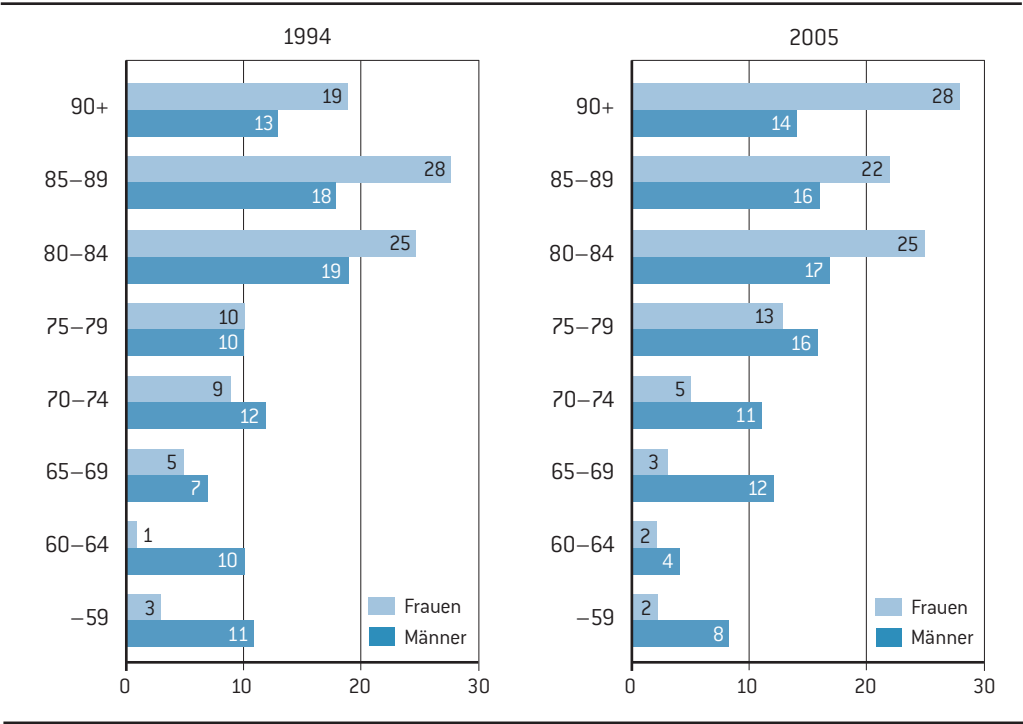


Abb. 43: Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteinrichtungen in Deutschland, Alterszusammensetzung und Geschlecht (in Prozent) (Quelle: TNS Infratest-Heimerhebung 2005) (Schneekloth und Törne 2009, S. 84, auf Basis der TNS Infratest-Heimerhebung 2005)

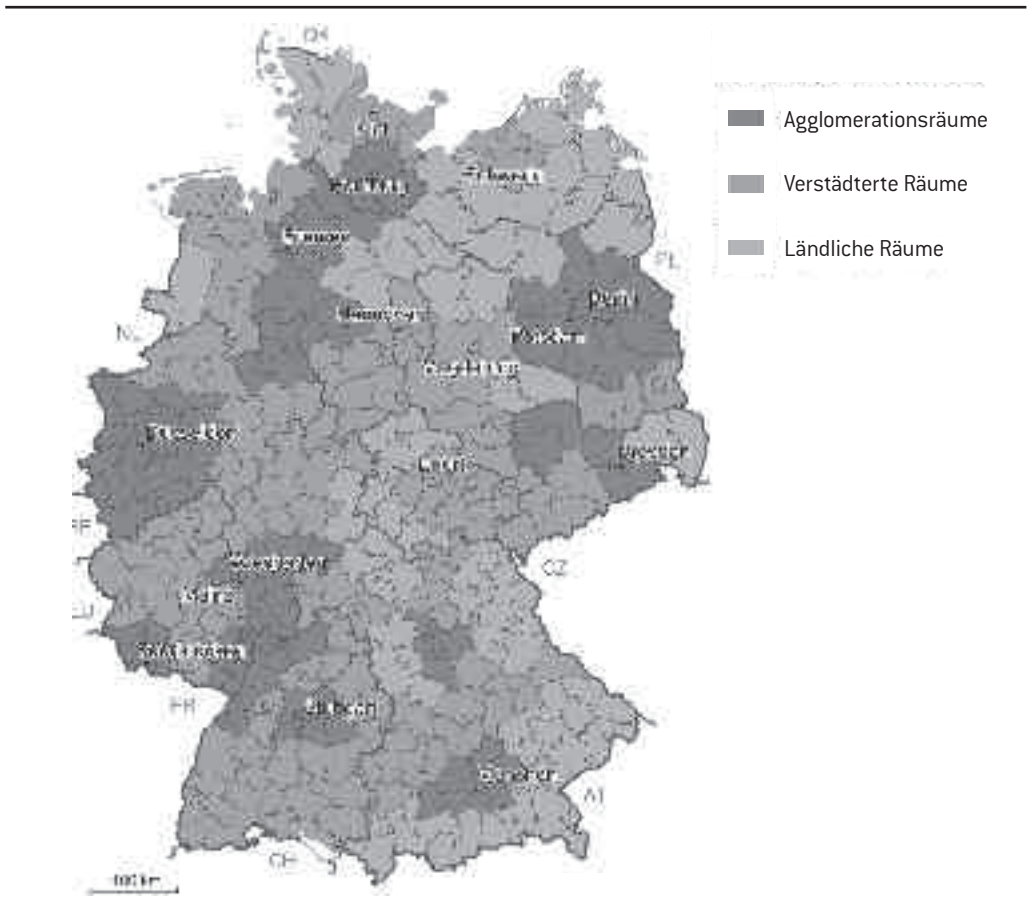


Abb. 44: Siedlungsstrukturelle Regionstypen (2009). Laufende Raumbeobachtung des BBSR; Geometrische Grundlage: BKG; Kreise: 31.12.2009. © BBSR Bonn 2011. Download unter www.bbsr.bund.de/cln_032/nn_1067208/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/SiedlungsstrukturelleGebietstypen/Regionstypen/Downloadangebote.html. Zugriff am 28.5.2012.



09.3

Abkürzungsverzeichnis

AAL: Ambient Assisted Living

ALLBUS: Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften

BBR: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

BBSR: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung

BFW: Bundesverband der Freien Immobilien- und Wohnunternehmen

BMFSFJ: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

BMG: Bundesministerium für Gesundheit

BMI: Body-Mass-Index

BMVBS: Bundesministerium für Verkehr, Bauen und Stadtentwicklung

CASMIN: Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations

COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung)

DEAS: Deutscher Alterssurvey

DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland

DGE: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.

DHS: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

DLR: Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt

DV: Deutscher Verband für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung e.V.

DVO: Dachverband Osteologie

EARSS: European Antimicrobial Resistance Surveillance System

FAO: Food and Agriculture Organization

FOBT: Fäkaler okkult Bluttest

GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell, telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts

GEKID: Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.

GSTel: Telefonischer Gesundheitssurvey

ICD: International Classification of Diseases

IFT: Institut für Therapieforschung

IGeL: Individuelle Gesundheitsleistungen

ILO: International Labour Organization

INKAR: Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung in Deutschland

ISCED: International Standard Classification of Education

KFU: Krebsfrüherkennung

KHK: Koronare Herzkrankheit

KORA: Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg

MID: Mobilität in Deutschland, Studie des Deutschen Zentrums für Luft- und Raumfahrt

MIV: Motorisierter Individualverkehr

MONICA: Multination monitoring of trends and determinants in cardiovascular disease

MRSA: Methicillinresistenter Staphylococcus aureus

NMIV: Nichtmotorisierter Individualverkehr

OMAHA: Berliner Studie zur Operationalisierung von Multimorbidität und Autonomie im Höheren Alter

ÖPV: Öffentlicher Personenverkehr

RbW: Regelmäßige berufliche Wege

RKI: Robert Koch-Institut

SOEP: Sozioökonomisches Panel

STIKO: Ständige Impfkommision am Robert Koch-Institut

WHO: World Health Organization

» 09.4 Literaturverzeichnis

- Annemans, L. et al. (2008):** Gout in the UK and in Germany: prevalence, comorbidities and management in general practice 2000–2005. *Ann. Rheum. Dis.*, 67, pp. 960–966.
- Arbeitsgemeinschaft Media-Analyse e.V., Media-Micro-Census GmbH (2011):** MA Media-Analyse 2011 – Pressemedien I. Frankfurt am Main.
- ARD Medien Basisdaten 2011.** Internet: www.ard.de/intern/medienbasisdaten/mediennutzung. Zugriff am 6.3.2012.
- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (Hg.) (2010):** Bildung in Deutschland. Bielefeld.
- Bäcker, G. et al. (2010):** Rente mit 67? Zu wenig Arbeitsplätze und zu wenig gute Arbeit für ein Arbeiten bis 67. Vierter Monitoring-Bericht des Netzwerks für eine gerechte Rente. Berlin.
- Bäcker, G., Kistler, E. (2009):** Rente mit 67 – Erhöhtes Risiko von Einkommenseinbußen und Armut im Alter. Zweiter Monitoring-Bericht des Netzwerks für eine gerechte Rente. Berlin.
- Barmer GEK (Hg.) (2010):** Pflegereport 2010. Autoren: Rothgang, H. et al., Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen, St. Augustin. Download unter www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2010/101130-Pflegereport/PDF-Pflegereport-2010,property=Data.pdf. Zugriff am 11.5.2012.
- Baykara-Krumme, H. (2007):** Gar nicht so anders: Eine vergleichende Analyse der Generationenbeziehungen bei Migranten und Einheimischen in der zweiten Lebenshälfte. WZB Discussion Paper Nr. SP IV 2007–604. Hg. vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Berlin. Download unter <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2007/iv07-604.pdf>. Zugriff am 22.2.2011.
- Beetz, S. et al. (2009):** Altern in Deutschland. Altern in Gemeinde und Region. Band 5. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e.V., Halle.
- BFW – Bundesverband freier Immobilien- und Wohnungsunternehmen e.V. (2007):** BFW-Studie: Wohnen im Alter. BFW e.V., Berlin.
- Blödnorn, S. (2009):** Medienhandeln im höheren Lebensalter. In: Schorb, B. et al. (Hg.): Medien und höheres Lebensalter. VS-Verlag, Wiesbaden, S. 157–170.
- 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.) (2009):** Altern im Wandel – Zentrale Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys. Berlin.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2010a):** Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2010b):** Hauptbericht des Freiwilligensurvey 2009. Autor: Gensicke, T. München.

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2010c): Monitor Engagement 2, Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999–2004–2009, Kurzbericht des 3. Freiwilligensurvey. Autor: Gensicke, T. Berlin.

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2011): Wie und wofür engagieren sich ältere Menschen? Monitor Engagement, Heft 4. Autor: Dathe, D. Berlin.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2011): Abschlussbericht zur Studie »Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes«, Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von TNS Infratest Sozialforschung. München, Berlin.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2012): Vorsorgeleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Download unter http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/G/GKV/Tabelle_Frueherkennung_Krebs_GKV_Leistungen_110331.pdf. Zugriff am 20.9.2012.

BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bauen und Wohnen (Hg.) (2011): Wohnen im Alter. Forschungen, Heft 147. Bonn.

Brussig, M. (2010a): Anhaltende Ungleichheiten in der Erwerbsbeteiligung Älterer: Zunahme an Teilzeitbeschäftigung. Inzwischen steigt auch die Erwerbsbeteiligung im Rentenalter. In: Altersübergangs-Report, Nr. 2010-03. Download unter www.iaq.uni-due.de/auem-report/2010/2010-03/auem2010-03.pdf. Zugriff am 12.1.2011.

Brussig, M. (2010b): Erwerbstätigkeit im Alter hängt vom Beruf ab. In: Altersübergangs-Report, Nr. 2010-05. Download unter www.boeckler.de/pdf_fof/S-2008-194-3-6.pdf. Zugriff am 11.5.2012.

Brussig, M. (2010c): Künftig mehr Zugänge in Altersrenten absehbar. Gegenwärtig kein Ausweichen in die Erwerbsminderungsrente zu beobachten. In: Altersübergangs-Report 2010-02. Download unter www.iaq.uni-due.de/auem-report/2010/2010-02/auem2010-02.pdf. Zugriff am 12.1.2011.

Bundesagentur für Arbeit (2012): Geringfügig entlohnte Beschäftigung nach Altersgruppen und Zeitreihen. Internet: www.statistik.arbeitsagentur.de/nn_31962/SiteGlobals/Forms/Rubrikensuche/Rubrikensuche_Form.html?view=processForm&resourceId=210368&input_=&pageLocale=de&topicId=31690&year_month=aktuell&year_month.GROUP=1&search=Suchen. Zugriff am 8.3.2012.

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 (2010): Beschäftigungssituation Älterer, ihre wirtschaftliche und soziale Lage und die Rente ab 67. Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage [Drucksache 17/169] der Abgeordneten Ernst, K. et al. der Fraktion DIE LINKE. 17. Wahlperiode, 23.6.2010. Deutscher Bundestag, Berlin [Drucksache 17/2271]. Download unter www.dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/022/1702271.pdf. Zugriff am 13.12.2010.

Bundesregierung (2011): Rente erst ab 67 – Risiken für Jung und Alt. Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage [Drucksache 17/5106] der Abgeordneten Birkwald, M. W. et al. der Fraktion DIE LINKE. 17. Wahlperiode, 30.11.2011. Deutscher Bundestag, Berlin [Drucksache 17/7966]. Download unter www.dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/079/1707966.pdf. Zugriff am 11.5.2012.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011): Die jungen Alten. Expertise zur Lebenslage von Menschen zwischen 55 und 65 Jahren. Autorinnen: Heusinger, J., Wolter, B. Köln.

Choi, H. K. et al. (2004): Alcohol intake and risk of incident gout in men: a prospective study. *Lancet*, 364, pp. 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. *Arthritis and Rheumatism*, 52, 1, pp. 283–289.
- Coca, V., Nink, K. (2010):** Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: Schwabe, U., Paffrath, D. (Hg.): *Arzneimittelverordnungs-Report 2010*. Berlin, Heidelberg, S. 921–946.
- DEAS – Deutscher Alterssurvey 2008.** Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Internet: www.gerostat.de. Zugriff am 3.4.2012.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2010):** Statistik der Deutschen Rentenversicherung: Rentenbestand am 31.12.2009. Berlin.
- DGE – Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (Hg.) (2009):** DGE Beratungs-Standards. Ernährung älterer Menschen. Bonn, S. 8/10.
- DGE – Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (Hg.) (2011):** Stellungnahme – Vitamin D und Prävention ausgewählter chronischer Krankheiten. Bonn.
- DGE – Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Österreichische Gesellschaft für Ernährung, Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung, Schweizerische Vereinigung für Ernährung (Hg.) (2012):** Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. Vitamin D. 1. Aufl., 4., korrig. Nachdruck. Bonn, S. 79–96.
- DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2011):** Substanzbezogene Störungen im Alter. Hamm.
- Diehm, C. (2011):** Schlaganfall bei Diabetes. In: *diabetesDE* (Hg.): *Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2011*. Berlin, S. 59–65.
- DLR – Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e. V., infas – Institut für Angewandte Sozialwissenschaft GmbH (2010):** MiD 2008 – Mobilität in Deutschland 2008. Ergebnisbericht. Bonn/Berlin.
- DV – Deutscher Verband für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung e. V. (2009):** Wohnen im Alter. Bericht der Kommission des DV in Kooperation mit dem BMVBS. Berlin.
- dvv – Deutscher Volkshochschul-Verband e. V. (2011):** Jahresbericht 2010/2011. Bonn.
- Engstler, H., Tesch-Römer, C. (2010):** Lebensformen und Partnerschaft. In: Motel-Klingebiel, A., Wurm, S., Tesch-Römer, C. (Hg.): *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*. Stuttgart, S. 163–187.
- Epping, B., Hendrix, R. (2010):** Lernen von den Niederlanden – »Entscheidend gegen MRSA ist eine Antibiotikapolitik«. In: *Orthopädie und Unfallchirurgie aktuell*, Jg. 148, Heft 2, S. 126–127.
- European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS) (2009):** Annual Report 2008. Bithoven.
- Forschungsverbund Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland: Arbeit und Lebensweisen. (Hg.) (2009):** Prozessproduzierte Daten und Sondererhebungen der gesetzlichen Rentenversicherung. Jahrgangsspezifisches Rentengeschehen. SOEB-Arbeitspapier 2009-2. Autorin: Mika, T. Göttingen.
- GEDA 2010, siehe RKI – Robert Koch-Institut GEDA 2010.**
- GEK – Gmünder ErsatzKasse (Hg.) (2008):** Pflegereport 2008. Autoren: Rothgang, H. et al., Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen, St. Augustin. Download unter www.liga-rlp.de/fileadmin/LIGA/Internet/Downloads/Dokumente/Dokumente_2008/GEK-Pflegereport-2008_-_Schwerpunkt_Medizinische_Versorgung_in_Heimen.pdf. Zugriff am 11.5.2012.
- GEKID (2011):** Atlas der Krebsinzidenz und Krebsmortalität der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. »Der interaktive Krebs-Atlas der GEKID«. Internet: www.gekid.de/Atlas/CurrentVersion/Inzidenz/atlas.html. Zugriff am 14.3.2012.

- Geldmacher, H. et al. (2008):** Die Prävalenz der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) in Deutschland. Ergebnisse der BOLD-Studie. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Jg. 133, S. 2609–2614.
- Geyer, D. (2009):** Spezifische Ansätze der Rehabilitation älterer Suchtkranker. In: Adler, G. et al.: Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Depressionen – Demenz – Versorgung. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP). Stuttgart, S. 340–353.
- Glaeske, G. (2011):** Medikamente – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (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.
- Grimm, B., Lohmann, M. (2009):** Auswirkungen des demographischen Wandels auf den Tourismus und Schlussfolgerungen für die Tourismuspolitik. Eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (Kurzfassung). Kiel.
- Hader, C. et al. (2004):** Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes Mellitus im Alter. Evidenzbasierte Leitlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG) und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG). In: Scherbaum, W. A., Kiess W. (Hg.): Diabetes und Stoffwechsel, Heft 13, S. 31–56.
- Heidemann, C., Du, Y., Scheidt-Nave, C. (2011):** Diabetes mellitus in Deutschland. Hg. vom Robert Koch-Institut Berlin. GBE kompakt 3/2011, Jg. 2. Internet: www.rki.de/gbe-kompakt. Zugriff am 6.3.2012.
- Helmholtz Zentrum München (2011):** KORA Herzinfarktregister Augsburg. Herzinfarkt-Raten je 100.000 Einwohner und Letalität in Augsburg nach Alter und Geschlecht. Internet: www.gbe-bund.de. Zugriff am 20.3.2012.
- Holt, S., Schmiedl, S., Thürmann, P. A. (2010):** Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. Dtsch. Ärzteblatt Int. 2010, 107 (31–32): 543–51. DOI:10.3238/arztebl.2010.0543.
- Icks, A. et al. (2006):** Versorgungsqualität und Ausmaß von Komplikationen an einer bevölkerungsbezogenen Stichprobe von Typ 2-Diabetespatienten. Dtsch. Med. Wochenschr., Jg. 131, S. 73–78.
- Icks, A. et al. (2009):** Differences in trends in estimated incidence of myocardial infarction in non-diabetic and diabetic people: Monitoring Trends and Determinants on Cardiovascular Diseases (MONICA)/Cooperative Health Research in the Region of Augsburg (KORA) registry. Diabetologia, 52, pp. 1836–1841.
- Icks, A. et al. (2011):** Incidence of renal replacement therapy (RRT) in the diabetic compared with the non-diabetic population in a German region, 2002–08. Nephrol Dial Transplant, 26, pp. 264–269.
- Icks, A., Kulzer, B., Razum, O. (2011):** Diabetes bei Migranten. In: diabetesDE (Hg.): Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2011. Berlin, S. 148–154.
- Initiative D21 e. V., TNS Infratest GmbH (Hg.) (2010):** (N)Onliner-Atlas 2010. Eine Topographie des digitalen Grabens durch Deutschland. Download unter www.initiaved21.de/wp-content/uploads/2010/06/NONLINER_2010.pdf. Zugriff am 3.4.2012.
- Initiative D21 e. V., TNS Infratest GmbH (Hg.) (2011):** (N)Onliner-Atlas 2011. Eine Topographie des digitalen Grabens durch Deutschland. Download unter www.initiaved21.de/wp-content/uploads/2011/07/NONLINER_2011.pdf. Zugriff am 3.4.2012.
- INKAR 2011 – Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (Elektronische Ressource).** Hg. vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR). CD-ROM. Bonn.

- Jaspers, B., Schindler, T. (2004):** Gutachten zum Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten. (Auftraggeber: Enquete-Kommission des Bundestages »Ethik und Recht der modernen Medizin«).
- Jonas, I. (2007):** Demenz und Migration: Vergessen in der zweiten Heimat. In: ProAlter, 2/2007, S. 6–9.
- Kempf, K., Martin, S. (2011):** Versorgungsqualität der Menschen mit Diabetes in Deutschland – Folgeerkrankungen und Sterblichkeit. In: diabetesDE (Hg.): Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2011. Berlin, S. 160–165.
- Kerner, W. et al. (2001):** Definition, Klassifikation und Diagnostik des Diabetes mellitus. Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinie DDG. Hg. von der Deutschen Diabetes Gesellschaft e. V., Berlin.
- Kipp, J. (2009):** Zum Zusammenhang von Trauma und Angst. In: Adler et al.: Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Depressionen – Demenz – Versorgung. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP). Stuttgart, S. 69–72.
- Knopf, H. et al. (2011):** Prospektive Studie zum Einfluss von Polypharmazie auf die Krankenhausaufnahme – Berliner Studie zur Operationalisierung von Multimorbidität und Autonomie im Höheren Alter (OMAHA). Kongressbeitrag Forum Medizin 21, 45. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 22.9.–24.9.2011. Internet: www.egms.de/static/en/meetings/fom2011/11fom109.shtml. Zugriff am 29.2.2012.
- Köhne-Finster, S., Lingnau, A. (2008):** Untersuchung der Datenqualität erwerbsstatistischer Angaben im Mikrozensus. Ergebnisse des Projekts »Nachbefragung im Mikrozensus/LFS«. In: Wirtschaft und Statistik 12/2008. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, S. 1067–1088.
- Körner, T., Puch, K. (2009):** Der Mikrozensus im Kontext anderer Arbeitsmarktstatistiken. Ergebnisunterschiede und ihre Hintergründe. In: Wirtschaft und Statistik 06/2009. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, S. 528–552.
- Köster, I. et al. (2011):** Direct Costs of Diabetes Mellitus in Germany – CoDiM 2000–2007. Exp Clin Endocrinol Diabetes, 119, pp. 377–385.
- Kraus, L., Pabst, A. (2010):** Der Epidemiologische Suchtsurvey 2009: Ein nationaler und internationaler »Benchmark«. In: Sucht, 56 (5), S. 313–314.
- Lawall, H. (2011):** Diabetische Fußkrankungen. In: diabetesDE (Hg.): Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2011, Berlin, S. 66–76.
- Mahne, K. et al. (2010):** Das Wohnumfeld Älterer. In: Motel-Klingebiel et al.: Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart, S. 147–162.
- Mahne, K., Motel-Klingebiel, A. (2010):** Familiäre Generationenbeziehungen. In: Motel-Klingebiel, A., Wurm, S., Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart, S. 188–214.
- Max Rubner-Institut (Hg.) (2008a):** Nationale Verzehrstudie II. Ergebnisbericht, Teil 1. Die bundesweite Befragung zur Ernährung. Karlsruhe.
- Max Rubner-Institut (Hg.) (2008b):** Nationale Verzehrstudie II. Ergebnisbericht, Teil 2. Die bundesweite Befragung zur Ernährung. Karlsruhe.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2011):** Präventionsbericht 2011: Primärprävention nach dem individuellen Ansatz: Erreichte Personen bei Aktivitäten zur individuellen Gesundheitsförderung unter Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen (2010). Internet: www.gbe-bund.de. Zugriff am 10.5.2012.

- Menning, S. (2006):** Gesundheitszustand und gesundheitsrelevantes Verhalten Älterer. GeroStat-Report Altersdaten 02/2006. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin.
- Menning, S., Hoffmann, E. (2009):** Ältere Migrantinnen und Migranten. GeroStat Report 1/2009. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin.
- Mika, T. (2006):** Potenziale der Migrationsforschung mit dem Rentenbestand und dem Rentenzugang. DRV-Schriften, Band 55/2006.
- 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«. Download unter www.dgd-online.de/fileadmin/ak_migration/2007/AK0714.pdf. Zugriff am 9.5.2012.
- Mikrozensus 2009.** Internet: www.gerostat.de. Zugriff am 3.4.2012.
- Mikrozensus 2010.** Internet: www.gerostat.de. Zugriff am 3.4.2012.
- Mikrozensus 2011a:** Fragen zur Gesundheit (2009): Durchschnittliche Körpermaße der Bevölkerung (Größe in m, Gewicht in kg). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht. Internet: www.gbe-bund.de. Zugriff am 16.2.2012.
- Mikrozensus 2011b:** Fragen zur Gesundheit (2009): Verteilung der Bevölkerung auf Body-Mass-Index-Gruppen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Body-Mass-Index (2009). Internet: www.gbe-bund.de. Zugriff am 16.2.2012.
- Motel-Klingebiel, A., Simonson, J., Romeu Gordo, L. (2010):** Materielle Sicherung. In: Motel-Klingebiel, A., Wurm, S., Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys. Stuttgart, S. 61–89.
- Motel-Klingebiel, A., Wurm, S., Tesch-Römer, C. (Hg.) (2010):** Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart.
- Naumann, D., Romeu Gordo, L. (2010):** Gesellschaftliche Partizipation: Erwerbstätigkeit, Ehrenamt und Bildung. In: Motel-Klingebiel, A., Wurm, S., Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart, S. 118–141.
- 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.
- NRZ – Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (2011a):** MRSA-KISS Referenzdaten 2010. Internet: www.nrz-hygiene.de. Zugriff am 20.3.2012.
- NRZ – Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (2011b):** MRSA-KISS-REHA Referenzdaten 2010. Internet: www.nrz-hygiene.de. Zugriff am 20.3.2012.
- 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 Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter. Robert Koch-Institut, Berlin, S. 228–246.
- 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. Download unter www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/oezcan-lebenslage-aelterer-migrantinnen-migranten,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf. Zugriff am 9.3.2012.
- Pflegestatistik der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder.** Internet: www.gbe-bund.de. Zugriff am 9.5.2012.

- Rapp, K., Becker, C. (2009):** Sturzprophylaxe. Vorsicht Stufe. In: Gesundheit und Gesellschaft 12, Jg. 6/09, S. 24–27.
- Reitze, H. (Hg.) (2011):** Media Perspektiven. Basisdaten. Daten zur Mediensituation in Deutschland 2011. Frankfurt am Main.
- RKI – Robert Koch-Institut Berlin (o. J.):** GBE kompakt 2 (6). Internet: www.rki.de/gbe-kompakt. Zugriff am 1.9.2011.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2005a):** Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2005b):** Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2006):** Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 33. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2007):** Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2008):** Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2009a):** Ärztlich diagnostizierte koronare Herzerkrankungen. Internet: www.gbe-bund.de. Zugriff am 17.4.2012.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2009b):** Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2009c):** Gesundheit in Deutschland aktuell 2009 – Telefonischer Gesundheitssurvey (GEDA). In: gbe-bund.de. Verhältnis des Körpergewichts zur Körpergröße (Body-Mass-Index) (Anteil der Befragten in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Bildung). Zugriff am 20.2.2012.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2009d):** Epidemiologisches Bulletin. Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health. Heft 46, Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut – GEDA 2010 (Gesundheit in Deutschland aktuell).** Internet: www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/PublicUseFiles/publicusefiles_node.html. Zugriff am 15.10.2012.
- RKI – Robert Koch-Institut (2010a):** Lebenszeitprävalenz von Krankheiten der Augen. Telefonischer Gesundheitssurvey (GSTel03) (2003). Internet: www.gbe-bund.de. Zugriff am 27.3.2012.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2010b):** Krebs in Deutschland 2005/2006. Häufigkeiten und Trends. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2010c):** Armut und Gesundheit. GBE-Kompakt 05/2010, Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (2010d):** Meldepflichtige Infektionskrankheiten 2010: Meldepflichtige Krankheiten absolut und je 100.000 Einwohner. Internet: www.gbe-bund.de. Zugriff am 23.3.2012.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2010e):** Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2010f):** Inanspruchnahme der Grippe-Impfung in der vergangenen Wintersaison (Anteil der Befragten in Prozent). Internet: www.gbe-bund.de. Zugriff am 13.3.2012.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2011a):** Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. Robert Koch-Institut, Berlin.

- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) [2011b]:** Epidemiologisches Bulletin. Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health, 18/2011. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) [2011c]:** Epidemiologisches Bulletin. Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health. MRSA, 26/2011. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) [2011d]:** Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 52. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut Berlin (Hg.) [2011e]:** Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise. Autoren: Busch, M., Hapke, U., Mensink, G. B. M. GBE kompakt 2 [7]. Internet: www.rki.de/gbe-kompakt. Zugriff am 7.11.2011.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) [2011f]:** Obst- und Gemüsekonsum heute. GBE kompakt, 6/2011, 2. Jg.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) [2012]:** Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Krebs in Deutschland 2007/2008. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Robert Koch-Instituts und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V., 8. Ausgabe. Berlin.
- Rosenbrock, R., Michel, C. [2007]:** Primäre Prävention – Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Berlin.
- Rupprecht, R. [2009]:** Wer stürzt wo, wann und warum? Ergebnisse einer Repräsentativerhebung im Großraum Nürnberg–Fürth–Erlangen. In: Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (Hg.): Abstractband – Stürze im Alter. Nürnberg, 2009.
- Schärfgen, K. [1998]:** Die Verdopplung der Ungleichheit. Sozialstruktur und Geschlechterverhältnisse in der Bundesrepublik und in der DDR. Dissertation an der Humboldt Universität zu Berlin. Berlin. Internet: www.edoc.hu-berlin.de/dissertationen/phil/schaeffen-katrin/html. Zugriff am 8.3.2012.
- Schneekloth, U., Törne, I. v. [2009]:** Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, U., Wahl, H.-W.: Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Stuttgart, S. 43–158.
- 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.
- Schneekloth, U., Wahl, H.-W. (Hg.) [2009]:** Pflegebedarf und Versorgungssituationen bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für Good Practice. Stuttgart.
- Schröder, P. [2010]:** BIAJ-Kurzmitteilung Grundsicherung im Alter und Arbeitslosengeld II im Alter von 55 bis unter 65 Jahren. Ein kurzer geschlechtsspezifischer Ländervergleich (Ende 2009). Download unter www.ak-sozialpolitik.de/dokumente/2010/2010-10-22%20BIAJ.pdf. Zugriff am 5.3.2012.
- Schröder, P. [2011]:** BIAJ-Kurzmitteilung. Geringfügig entlohnte Beschäftigte im Alter von 65 Jahren und älter (Ende 2003 bis Ende 2010). Download unter www.ak-sozialpolitik.de/dokumente/2011/2011-09-21%20BIAJ.pdf. Zugriff am 5.3.2012.
- 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.

- Seizmair, N. (2011):** Bedingungen von Therapiemotivation bei Menschen im höheren Lebensalter am Beispiel professioneller Strategien gegen Inkontinenz. Bern.
- Sozialpolitik aktuell in Deutschland (2010a):** Alter beim Erstbezug von Altersrente im Kohortenvergleich, Geburtsjahrgänge 1904–1943. Internet: www.sozialpolitik-aktuell.de. Zugriff am 22.2.2011.
- Sozialpolitik aktuell in Deutschland (2010b):** Alter bei Rentenbeginn, Erwerbsminderungs- und Altersrenten, 1980–2009. Internet: www.sozialpolitik-aktuell.de. Zugriff am 22.2.2011.
- Sozialpolitik aktuell in Deutschland (2010c):** Durchschnittliche Rentenhöhe nach Rentenart und Geschlecht, alte und neue Bundesländer 2009. Internet: www.sozialpolitik-aktuell.de. Zugriff am 22.2.2011.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2012):** Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Kreisvergleich. Download unter www.statistikportal.de/statistik-portal/pflegestatistik_kreisvergleich.pdf. Zugriff am 11.5.2012.
- Statistisches Bundesamt (2009).** Internet: www.gerostat.de. Zugriff am 3.4.2012.
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2010a):** Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Fachserie 1, Reihe 2.2. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2010b):** Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten (Fälle, Pflagetage, durchschnittliche Verweildauer). Internet: www.gbe-bund.de. Zugriff am 16.4.2012.
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2011a):** Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2010. Fachserie 1, Reihe 2.2, Migration in Deutschland 2010. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2011b):** Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2011c):** Statistisches Jahrbuch 2011. Für die Bundesrepublik Deutschland mit internationalen Übersichten. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011d):** Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus 2010. Fachserie 1, Reihe 3. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011e):** Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Internet: www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2011/10/PD11_393_221.html. Zugriff am 16.5.2012.
- Statistisches Bundesamt (2011f):** Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus 2010. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011g):** Krankenhausstatistik. Diagnosedaten der Krankenhäuser nach Wohnsitz ab 2000. 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, Art der Standardisierung (2010). Internet: www.gbe-bund.de. Zugriff am 7.5.2012.
- Statistisches Bundesamt (2011h):** Krankenhausstatistik: Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) 2010. Internet: www.destatis.de. Zugriff am 19.3.2012.
- Statistisches Bundesamt (2011i) (destatis):** Verkehrsunfälle. Unfälle von Senioren im Straßenverkehr 2010. Download unter www.dvr.de/download/US_Seniorenenunfaelle_2010.pdf. Zugriff am 28.3.2012.

- Statistisches Bundesamt (2011j):** Verkehrsunfälle, Verunglückte, u. a. nach Alter und Geschlecht. Verletzte und Getötete bei Straßenverkehrsunfällen (Anzahl je 100.000 Einwohnern) (2010). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Art des Personenschadens. Internet: www.gbe-bund.de. Zugriff am 28.3.2012.
- Statistisches Bundesamt (2011k):** Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Durchschnittliche fernere Lebenserwartung im Alter von ... Jahren je Person (2008/2010). Internet: www.gbe-bund.de. Zugriff am 8.3.2012.
- Statistisches Bundesamt (2011l):** Todesursachenstatistik 2010. Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). Internet: www.gbe-bund.de. Zugriff am 27.2.2012.
- Statistisches Bundesamt (2011m):** Krankheitskosten in Millionen Euro für Deutschland. Internet: www.gbe-bund.de. Zugriff am 8.3.2012.
- Statistisches Bundesamt (2011n):** Wirtschaftsrechnungen. Laufende Wirtschaftsrechnungen. Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte. Fachserie 15, Reihe 1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (destatis), Wissenschaftszentrum Berlin (WZB), Zentrales Datenmanagement (2011o):** Datenreport 2011. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn.
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2011p):** Weiterbildung. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2011q):** Wirtschaftsrechnungen. Private Haushalte in der Informationsgesellschaft – Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien. Fachserie 15, Reihe 4. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011r):** Pflegestatistik 2009, Deutschlandergebnisse, Autor: Pfaff, H. Download unter www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001099004.pdf?_blob=publicationFile. Zugriff am 11.5.2012.
- Statistisches Bundesamt (2011s):** Todesursachenstatistik 2010: Sterbefälle für die 10/20/50/100 häufigsten Todesursachen (ab 1998). Internet: www.gbe-bund.de. Zugriff am 14.3.2012.
- Statistisches Bundesamt (2011t):** Gesundheit. Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2010. Fachserie 12, Reihe 6.1.2. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011u):** Krankheitskosten je Einwohner in Euro. Internet: www.gbe-bund.de. Zugriff am 8.3.2012.
- Statistisches Bundesamt (2011v):** Krankenhäuser. Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) 2001–2010 F10.0 – Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation (akuter Rausch). Internet: www.destatis.de. Zugriff am 14.9.2012.
- 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, G. et al.: Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Depressionen – Demenz – Versorgung. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGPPP). Stuttgart, S. 73–77.
- Tausche, A. et al. (2009):** Gicht – aktuelle Aspekte in Diagnostik und Therapie. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 34–35, S. 549–555.

- Tesch-Römer, C. (2012):** Aktives Altern und Lebensqualität im Alter. In: Informationsdienst Altersfragen, Heft 1, Jg. 39, S. 3–9.
- Tesch-Römer, C. et al. (2010):** Subjektives Wohlbefinden. In: Motel-Klingebiel, A., Wurm, S., Tesch-Römer, C. (Hg.) (2010): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart, S. 263–283.
- Tesch-Römer, C., Wurm, S. (2009):** Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zum Alter und Altern. In: Böhm, K., Tesch-Römer, C., Ziese, T. (Hg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter. Robert Koch-Institut, Berlin, S. 7–20.
- van den Bussche, H. et al. (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. BMC Public Health, 11, pp. 1–9.
- Vaskovics, L. A. et al. (2000):** Älterwerden als Single. ifb-Forschungsbericht Nr. 4-2000. Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg (ifb). Bamberg. Download unter www.ifb.bayern.de/imperia/md/content/stmas/ifb/forschungsberichte/fb_04.pdf. Zugriff am 8.3.2012.
- Waltersbacher, A. (2012):** Heilmittelbericht 2011. Hg. vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO).
- 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. Aufl., S. 113–144.
- Wurm, S., Schöllgen, I., Tesch-Römer, C. (2010):** Gesundheit. In: Motel-Klingebiel, A., Wurm, S., Tesch-Römer, C. (Hg.) (2010): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart, S. 90–117.
- Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (2010):** Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen und an Beratungen zur Prävention des Darmkrebses. Köln. Internet: www.zi-berlin.de. Zugriff am 14.2.2012.
- Ziegler, U., Doblhammer, G. (2009):** Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland. Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherung von 2002. In: Gesundheitswesen, Jg. 71, S. 281–290.

» 09.5 Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Verteilung der Altersgruppe 65–79 nach absoluten Zahlen, Stand 31.12.2009, in 1.000 (Statistisches Bundesamt 2011c, S. 44)	10
Tab. 2: Verteilung der Altersgruppe 65–79 Jahre nach Jahrgängen, Stand 31.12.2009, in 1.000 (Statistisches Bundesamt 2011c, S. 44)	124
Tab. 3: Ältere Menschen mit Migrationshintergrund nach ausgewählten, wichtigen Herkunftsländern (in absoluten Zahlen) (Statistisches Bundesamt 2011a, S. 64–65, 72–73, 80–81, eigene Zusammenstellung, Differenzen durch Rundungen)	13
Tab. 4: Ältere (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler nach ausgewählten, wichtigen Her- kunftsländern in absoluten Zahlen (Statistisches Bundesamt 2011a, S. 68–69, eigene Zusammenstellung, Differenzen durch Rundungen)	125
Tab. 5: Bevölkerung 2009 nach Alter, Geschlecht und schulischem Bildungsabschluss, in 1.000 (Statistisches Bundesamt 2011c, S. 132, eigene Darstellung)	14
Tab. 6: Über 65-jährige Männer und Frauen mit/ohne Migrationshintergrund, mit Universitäts- abschluss und ohne Abschluss (in Prozent) (Menning und Hoffmann 2009, S. 26, berechnet nach Daten des Statistischen Bundesamts 2007)	14
Tab. 7: Anteil verschiedener Einkommensarten am Haushaltsbruttoeinkommen (in Prozent) (Noll und Weick 2012, S. 3; Datenbasis: Einkommens- und Verbraucherstichprobe 2008)	15
Tab. 8: Erwerbsstatus nach Geschlecht und Altersgruppe, 2009, in 1.000 bzw. Prozent (Mikrozensus 2009: Erwerbsstatus der Bevölkerung, eigene Berechnung des Quotienten der Erwerbstätigen)	18
Tab. 9: Erwerbstätige im Alter von 65 Jahren und älter nach geringfügiger Beschäftigung und Nebenerwerbstätigkeiten, 2009, in 1.000 (Mikrozensus 2009: Erwerbstätige nach geringfügiger Beschäftigung und Nebenerwerbstätigkeiten)	20
Tab. 10: Erwerbstätigkeit von Rentnerinnen und Rentnern, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Erwerbstätigkeit von Rentnern)	125
Tab. 11: Arbeitsbelastungen im Beruf, 60- bis 85-jährige Berufstätige (in Prozent) (DEAS 2008: Arbeitsbelastungen im Beruf)	125
Tab. 12: Gründe für Erwerbstätigkeit im Ruhestand, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Gründe für Erwerbstätigkeit im Ruhestand)	20
Tab. 13: Erwerbsstatus vor Bezug der Altersrente (in Prozent) (DEAS 2008: Erwerbsstatus vor Bezug der Altersrente)	22
Tab. 14: Anzahl Rentnerinnen und Rentner in absoluten Zahlen. Durchschnittl. Rentenzahlbetrag in Euro, Stand 01.07.2009, Gesamt-Bundesgebiet (Deutsche Rentenversicherung Bund 2010, S. 148)	24
Tab. 15: Verbreitung und Höhe des Geldvermögens, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Verbreitung und Höhe des Geldvermögens)	26

Tab. 16: Schulden aus Krediten, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Schulden aus Krediten)	126
Tab. 17: Verteilung von Armut (weniger als 60 % des gesellschaftlichen Medianeinkommens, das heißt weniger als 772 Euro) und Reichtum (mehr als 20% des arithmetischen Mittels, das heißt 2.922 Euro und mehr) in Prozent (Motel-Klingebiel, Wurm und Tesch-Römer 2010, Tabellenanhang A 3-3, A 3-4, Daten auf SOEP-Basis, eigene Darstellung)	30
Tab. 18: Bewertung des Lebensstandards, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Bewertung des Lebensstandards)	126
Tab. 19: Leben in Partnerschaft, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Leben in Partnerschaft)	127
Tab. 20: Bevölkerung am 31.12.2009 nach Alter und Familienstand (in Prozent) (Statistisches Bundesamt 2011c, S. 43)	35
Tab. 21: Bevölkerung Deutschlands nach demografischen Merkmalen: Verwitwung, in absoluten Zahlen (Mikrozensus 2010). Die Kategorie »Sexualproportion« sagt aus, wie viele Frauen einer Bevölkerungsgruppe (hier: Verwitwete) auf 1.000 Männer der entsprechenden Bezugsgruppe entfallen.	127
Tab. 22: Haushaltsgrößen nach Alter des/der Haupteinkommensbeziehers/-in, in 1.000 (Statistisches Bundesamt 2011f, S. 26)	35
Tab. 23: Bewertung der Lebenssituation ohne Partner (durch Partnerlose), 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Bewertung der Lebenssituation ohne Partner)	36
Tab. 24: Verwitwete Ältere in privaten Haushalten, alleinlebend bzw. nach Zahl der Generationen im Haushalt, Deutschland, 2009, in 1.000 (Statistisches Bundesamt 2009: Mehrgenerationenhaushalte)	127
Tab. 25: Bewertung der Beziehung zur Familie, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Bewertung der Beziehung zur Familie)	37
Tab. 26: Bewertung der Partnerschaft, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Bewertung der Partnerschaft)	128
Tab. 27: Anzahl lebender Kinder, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Anzahl lebender Kinder)	37
Tab. 28: Kontakthäufigkeit zu erwachsenen Kindern, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Kontakthäufigkeit zu erwachsenen Kindern)	128
Tab. 29: Wohnortentfernung zum nächsten erwachsenen Kind, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Wohnortentfernung zum nächsten erwachsenen Kind)	38
Tab. 30: Geleistete und empfangene Hilfe im Haushalt, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Geleistete und empfangene Hilfe im Haushalt)	40
Tab. 31: Größe des persönlichen Netzwerks, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Größe des persönlichen Netzwerks)	41
Tab. 32: Besuch bei oder von Freundinnen bzw. Freunden, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Besuch bei oder von Freunden)	129
Tab. 33: Empfundene Einsamkeit, 2008 (in Prozent) (DEAS 2008: Empfundene Einsamkeit)	42
Tab. 34: Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands 65- bis unter 80-Jähriger nach Geschlecht und Bildungsgruppe, 2010 (in Prozent) (Primärquelle: RKI – Robert Koch-Institut, GEDA 2010, eigene Berechnungen)	45

Tab. 35: Geschätzte altersspezifische Krebsinzidenz (Fallzahlen je 100.000 Einwohner/-innen), 2009 (GEKID 2011, eigene Darstellung)	130
Tab. 36: Krebserkrankungs- und Sterberisiko in Deutschland nach Alter und Geschlecht, ICD10 C00-97 ohne C44, Datenbasis 2008 (RKI 2012, S. 22, eigene Darstellung)	52
Tab. 37: Beeinträchtigungen durch seelische Belastungen (in Prozent) (RKI 2011a, S. 80, eigene Darstellung)	58
Tab. 38: 12-Monats-Prävalenz von Depressionen (in Prozent) (RKI 2011a, S. 77, eigene Darstellung)	131
Tab. 39: Demenzprävalenz nach Alter, Geschlecht und Region (in Prozent) (Ziegler und Doblhammer 2009, eigene Darstellung)	61
Tab. 40: Durchschnittliche fernere Lebenserwartung in Jahren (2008/2010) (Statistisches Bundesamt 2011k, zitiert nach www.gbe-bund.de)	62
Tab. 41: Häufigste Todesursachen: Sterbefälle in absoluten Zahlen (gerundet) (Statistisches Bundesamt 2011l, zitiert nach www.gbe-bund.de)	63
Tab. 42: Durchschnittliche Größe und Gewicht nach Alter und Geschlecht (Mikrozensus 2011a)	131
Tab. 43: Verteilung der Bevölkerung auf Body-Mass-Index-Gruppen, 2009 (in Prozent) (Mikrozensus 2011b: Fragen zur Gesundheit 2009, zitiert nach www.gbe-bund.de)	67
Tab. 44: Alkoholkonsum von Männern und Frauen ab 65 Jahren (in Prozent) (RKI 2011a, S. 122, eigene Darstellung)	69
Tab. 45: Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen: »Check up«, 2009–2010 (zweijähriges Intervall unter Berücksichtigung der Vorjahresteilnahme) (in Prozent) (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 2010, eigene Darstellung)	71
Tab. 46: Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen mit mehr als 100 Betten (Fälle), 2010, in absoluten Zahlen (Statistisches Bundesamt 2010b, zitiert nach www.gbe-bund.de)	132
Tab. 47: Geschätzte Verteilung der Sterbeorte (in Prozent) (Jaspers und Schindler 2004, S. 23)	132
Tab. 48: Pflegebedürftige je 100.000 Einwohner/-innen nach Alter, Geschlecht, Pflegestufe (Statistisches Bundesamt 2011r, Pflegestatistik 2009, www.destatis.de)	82
Tab. 49: Pflegebedürftige je 100.000 Einwohner/-innen nach Alter, Geschlecht, Art der Betreuung (Statistisches Bundesamt 2011r, Pflegestatistik 2009, www.destatis.de , eigene Darstellung)	133
Tab. 50: Besuch kultureller Veranstaltungen nach Alter und Region (in Prozent) (DEAS 2008: Besuch kultureller Veranstaltungen, eigene Darstellung)	133
Tab. 51: Mitgliedschaftsbereiche in Vereinen, Gruppen oder Organisationen, 2008, nach Altersgruppen, Geschlecht und Region (in Prozent) (DEAS 2008: Mitgliedschaftsbereiche in Vereinen, Gruppen, Organisationen, eigene Darstellung)	134
Tab. 52: Engagementquote nach Alter im Zeitverlauf (BMFSFJ 2011, S. 8, eigene Darstellung)	92
Tab. 53: Freiwilliges Engagement nach Alter und Geschlecht (BMFSFJ 2010b, S. 159/169)	93
Tab. 54: Außerberufliche Partizipation nach Alter und Geschlecht in West- und Ostdeutschland (in Prozent) (Motel-Klingebiel, Wurm und Tesch-Römer 2010, Tabellenanhang A 5-2)	94
Tab. 55: Außerberufliche Partizipation nach Bildungsstatus und Alter (in Prozent) (Naumann und Romeu Gordo 2010, S. 137)	94

Tab. 56: Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung 2011 nach Altersgruppe (ARD Medien Basisdaten 2011, eigene Darstellung)	96
Tab. 57: Sehdauer (TV) der über 65-Jährigen, unterteilt nach West- und Ostdeutschland von 2009 bis 2011, in Minuten pro Tag (ARD Medien Basisdaten 2011, eigene Darstellung)	97
Tab. 58: Hörfunknutzung der älteren Menschen im Zeitverlauf nach Alter in Minuten pro Tag (ARD Medienbasisdaten 2011, eigene Darstellung)	97
Tab. 59: Marktanteile der Fernsehsender, 2007, Mo.–So. 3.00–3.00 Uhr, in Prozent nach Altersgruppe (Blödorn 2009, S. 167, eigene Darstellung)	134
Tab. 60: Spartenutzung der über 65-Jährigen, 2010 (in Prozent) (Reitze 2011, S. 73, eigene Darstellung)	135
Tab. 61: Reichweite von Presseerzeugnissen unter Männern, nach Alter im Jahr 2011 (in Prozent). Hier: Darstellung der neun am weitesten verbreiteten Presseerzeugnisse (Arbeitsgemeinschaft Media-Analyse e. V. und Media-Micro-Census GmbH 2011, eigene Darstellung)	135
Tab. 62: Reichweite von Presseerzeugnissen unter Frauen nach Alter im Jahr 2011 (in Prozent). Hier: Darstellung der neun am weitesten verbreiteten Presseerzeugnisse (Arbeitsgemeinschaft Media-Analyse e. V. und Media-Micro-Census GmbH 2011, eigene Darstellung)	136
Tab. 63: Entwicklung der Internetnutzung 2010/2011, nach Altersgruppe und Geschlecht (in Prozent) (Initiative D21 e. V. und TNS Infratest GmbH 2011, S. 44; Initiative D21 e. V. und TNS Infratest GmbH 2010, eigene Darstellung)	99
Tab. 64: Internetaktivität zu privaten Zwecken in den vergangenen drei Monaten (bezogen auf das 1. Quartal 2011) bei Internetnutzerinnen und -nutzern 65+ (Statistisches Bundesamt 2011q, S. 37, eigene Darstellung)	100
Tab. 65: Art der Internetbestellungen für den privaten Gebrauch in den vergangenen zwölf Monaten (bezogen auf das 1. Quartal 2011) in der Altersgruppe 65+ (berücksichtigt wurden nur Personen, die im Internet Waren oder Dienstleistungen bestellt haben) (in Prozent) (Statistisches Bundesamt 2011q, S. 45, eigene Darstellung)	136
Tab. 66: Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner 65–74 Jahre bzw. 75 Jahre und älter nach Regionen in Prozent der jeweiligen regionalen Gesamtbevölkerung im Jahr 2009 (INKAR 2011, eigene Darstellung)	109
Tab. 67: Anteil der Einwohner/-innen 65–74 Jahre bzw. 75 Jahre und älter nach Siedlungsraumtypen, in Prozent der regionalen Gesamtbevölkerung, 2009 (INKAR 2011, eigene Darstellung)	110
Tab. 68: Anteil der über 64-Jährigen, nach Bundesländern im Jahr 2009 und Prognose für 2025 (INKAR 2011, eigene Darstellung)	111
Tab. 69: Durchschnittliche Wohnkostenbelastungsquote in Prozent des Haushaltsnettoeinkommens – nach Eigentumsform, Region und Alter des Haushaltsvorstands im Jahr 2006 (SOEP 2006, nach Beetz et al. 2009, S. 48, eigene Darstellung)	113
Tab. 70: Binnenwanderungssaldo je 1.000 Einwohner/-innen der Altersgruppe 65 Jahre und älter, 2009, in Bundesländern (INKAR 2011, eigene Darstellung)	137
Tab. 71: Anzahl der Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen im Jahr 2009 (INKAR 2011, eigene Darstellung)	118

Tab. 72: Anzahl der Pflegeheimplätze je 10.000 Einwohner/-innen im Jahr 2009 (INKAR 2011, eigene Darstellung)	119
Tab. 73: Geringfügig entlohnte Beschäftigte, 2003 bis 2010, in absoluten Zahlen (Schröder 2011)	138
Tab. 74: Haushaltsnettoeinkommen und Haushaltsgröße 2009, in 1.000 (Mikrozensus 2009, zitiert nach www.gerostat.de . Eigene Berechnung der Haushalte mit unter 900 Euro monatlichem Haushaltsnettoeinkommen am Gesamt der Haushalte der jeweiligen Altersgruppe [in Prozent])	139
Tab. 75: Armutsgefährdungsquote der Altersgruppe 65+ nach Migrationshintergrund (in Prozent) (Statistisches Bundesamt 2011a, S. 244 ff.; auf Basis des Mikrozensus 2010)	139
Tab. 76: Armutsgefährdungsquote der Altersgruppe 65+ nach Migrationshintergrund und Risikofaktoren (in Prozent) (Statistisches Bundesamt 2011a, S. 244)	140
Tab. 77: Pflegebedürftige in Privathaushalten, Strukturmerkmale nach Alter (in Prozent) (BMG 2011, S. 17)	140
Tab. 78: Bewohnerinnen und Bewohner in vollstationären Alteneinrichtungen – TNS Infratest-Heimerhebungen 1994 (MuG II) und 2005 (MuG IV), Soziodemografische Strukturmerkmale (in Prozent) (Schneekloth und Törne 2009, S. 85 f.)	141

09.6 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Erwerbstätigenquote von Personen mit und ohne Rentenbezug nach Alter, 2007 (Brussig 2010a, S. 8, auf Basis des Mikrozensus 2007)	16
Abb. 2: Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Ältere in absoluten Zahlen, Zeitverlauf (Bundesagentur für Arbeit, zitiert nach Bundesregierung 2011, S. 44)	142
Abb. 3: Regelmäßige Wochenarbeitszeit von Erwerbstätigen im Rentenalter (60–69 Jahre) (Brussig 2010a, S. 12, auf Basis des Mikrozensus 2007)	19
Abb. 4: Alter bei Rentenbeginn, Erwerbsminderungs- und Altersrenten nach Geschlecht im Zeitverlauf 1980–2009 (Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund [2010]: Rentenversicherung in Zahlen, Berlin, in: www.sozialpolitik-aktuell.de). Bis 1993: Alte Bundesländer; ab 1993: Deutschland	143
Abb. 5: Alter beim Erstbezug von Altersrente im Kohortenvergleich nach Geschlecht, Geburtsjahrgänge 1904–1943 (Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund [2009]: Rentenversicherung in Zeitreihen, Berlin, in: www.sozialpolitik-aktuell.de)	144
Abb. 6: Status vor dem Rentenbezug – Altersrentenzugänge 2009 (in Prozent) (Bäcker et al. 2010, S. 33)	21
Abb. 7: Durchschnittliche Rentenhöhe nach Rentenart und Geschlecht (2009), alte und neue Bundesländer; Bruttorente in Euro am Jahresende (Quelle: Deutsche Rentenversicherung [2010]: Rentenversicherung in Zahlen, Berlin, in: www.sozialpolitik-aktuell.de)	23
Abb. 8: Altersaufbau der Bezieher von Witwen- und Witwerrenten am 31.12.2009 (Deutsche Rentenversicherung Bund 2010, S. XVIII)	145
Abb. 9: Einkommensschichtung (Euro im Monat) im Alter (ab 65-Jährige) (Bäcker und Kistler 2009, 2. Bericht, S. 19)	28
Abb. 10: Altersunterschiede der Ehepartner ab 65 Jahren (in Prozent) (Statistisches Bundesamt 2011b, S. 18)	146
Abb. 11: Anteil der Alleinlebenden nach Alter, 2009 (in Prozent) (Statistisches Bundesamt 2011b, S. 20)	146
Abb. 12: Anzahl berichteter Erkrankungen in den Jahren 1996, 2002, 2008 (BMFSFJ 2009, S. 22)	47
Abb. 13: Altersspezifische Krebserkrankungsraten in Deutschland nach Geschlecht, 1980, 1990, 2006, ICD10 C00-97, ohne C44 (RKI 2010b, S. 21)	147
Abb. 14: Anzahl der im Krankenhaus behandelten Hirninfarkte, 2010 (Statistisches Bundesamt 2011h, eigene Darstellung)	148
Abb. 15: Anteil der jemals ärztlich oder therapeutisch festgestellten Depressionen in der Bevölkerung ab 18 Jahren (RKI 2010e, S. 20)	60
Abb. 16: Raucher nach Geschlecht (in Prozent) (RKI 2011a, S. 119)	149

Abb. 17: Inanspruchnahme verhaltenspräventiver Maßnahmen in den vergangenen zwölf Monaten nach Geschlecht, Bildungsgruppe und Alter (in Prozent) (RKI 2011a, S. 26)	74
Abb. 18: Finanzierung von Präventionskursen (RKI 2011a, S. 29)	150
Abb. 19: Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen mit mehr als 100 Betten (Fälle) (Statistisches Bundesamt 2010b, zitiert nach www.gbe-bund.de , eigene Darstellung)	76
Abb. 20: Pflegebedürftige nach Alter und Pflegequote zum Jahresende 2009 (Statistisches Bundesamt 2011r, Pflegestatistik 2009, www.gbe-bund.de)	151
Abb. 21: Strukturmerkmale der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen; fehlend zu 100 = keine Angabe (BMG 2011, S. 121)	83
Abb. 22: Situation pflegebedürftiger Menschen in Privathaushalten mit/ohne Migrationshintergrund (in Prozent) (BMG 2011, S. 60)	152
Abb. 23: Strukturmerkmale pflegebedürftiger Menschen in Privathaushalten nach Alter (in Prozent) (BMG 2011, S. 17)	152
Abb. 24: Verwandtschaftsbeziehung der Hauptpflegeperson zur pflegebedürftigen Person 1998 und 2010 (in Prozent), Basis: Hauptpflegepersonen Pflegebedürftiger in Privathaushalten (BMG 2011, S. 27)	84
Abb. 25: Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht. Quelle: SOEP (2001–2006), gewichtet (GEK 2008, S. 69)	153
Abb. 26: Zeitliche Belastungen von Hauptpflegepersonen in Privathaushalten 1998 und 2010 (Stunden pro Woche); Basis: Hauptpflegepersonen in Privathaushalten mit pflegebedürftiger Person (BMG 2011, S. 29)	85
Abb. 27: Belastung der Hauptpflegepersonen, 1998 und 2010 in Privathaushalten (fehlend zu 100 = keine Angabe); Basis: Hauptpflegepersonen in Privathaushalten mit pflegebedürftiger Person (BMG 2011, S. 29)	153
Abb. 28: Erwerbstätigkeit von Hauptpflegepersonen 1998 und 2010 (in Prozent); Basis: Hauptpflegepersonen in Privathaushalten mit pflegebedürftiger Person (BMG 2011, S. 31)	86
Abb. 29: Öffentliche und private Ausgaben für Pflegebedürftigkeit (Barmer GEK 2010, S. 90)	87
Abb. 30: Freiwilliges Engagement der über 65-Jährigen nach Bereichen, 1999, 2004, 2009, in Prozent der Altersgruppe (BMFSFJ 2010b, S. 158), Mehrfachnennungen waren möglich	154
Abb. 31: Wegestrecken, Wegdauer, Anzahl der Wege pro Tag nach Alter (MiD 2008) (DLR und infas 2010, S. 75)	101
Abb. 32: Mobilitätsquote und mittlere Wegezahl nach Alter, 2002 und 2008 (MiD 2008) (DLR und infas 2010, S. 171)	102
Abb. 33: Wegezwecke nach Altersgruppen der Personen, in Prozent nach Alter, 2008 (DLR und infas 2010, S. 76)	155
Abb. 34: Wegezwecke von Männern und Frauen nach Altersgruppen, in Prozent nach Alter und Geschlecht, 2008 (DLR und infas 2010, S. 81)	156
Abb. 35: Verkehrsaufkommen nach Verkehrsmitteln, nach Alter (MiD 2008) (DLR und infas 2010, S. 77)	103
Abb. 36: Pkw-Führerscheinbesitz von Männern und Frauen nach Altersgruppen, 2002 und 2008 (in Prozent; Personen ab 18 Jahren) (DLR und infas 2010, S. 71)	157

Abb. 37: MIV-Anteile nach Geschlecht und Alter in 2008 (MiD 2008) (DLR und infas 2010, S. 94)	104
Abb. 38: ÖPV- und NMIV-Anteile nach Geschlecht und Alter in 2008 (DLR und infas 2010, S. 104)	105
Abb. 39: Häufigkeit des Tragens eines Fahrradhelms nach Altersgruppen (in Prozent, ohne Erwachsenen-Stellvertreterinterviews), nach Alter in 2008 (DLR und infas 2010, S. 107)	158
Abb. 40: Mobilitätseinschränkungen nach Altersgruppen (in Prozent), 2008 (DEAS 2008, nach Wurm, Schöllgen und Tesch-Römer 2010, S. 102)	159
Abb. 41: Häufigkeit sportlicher Aktivitäten im Kohortenvergleich (1996, 2002, 2008), nach Altersgruppen (DEAS 2008, nach Wurm, Schöllgen und Tesch-Römer 2010, S. 113)	160
Abb. 42: Heilmittelpatientinnen und -patienten der AOK (2010), nach Alter und Geschlecht (AOK-Heilmittel-Informationen-System [AOK-HIS]) (Waltersbacher 2012, S. 17)	161
Abb. 43: Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Altenheimen in Deutschland, Alterszusammensetzung und Geschlecht (in Prozent) (Quelle: TNS Infratest-Heimerhebung 2005) (Schneekloth und Törne 2009, S. 84, auf Basis der TNS Infratest-Heimerhebung 2005)	162
Abb. 44: Siedlungsstrukturelle Regionstypen (2009). Laufende Raumbbeobachtung des BBSR; Geometrische Grundlage: BKG; Kreise: 31.12.2009. © BBSR Bonn 2011. Download unter www.bbsr.bund.de/cln_032/nn_1067208/BBSR/DE/Raumbbeobachtung/Raumbbegrenzungen/SiedlungsstrukturelleGebietstypen/Regionstypen/Downloadangebote.html . Zugriff am 28.5.2012.	163



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

Aufbauend auf der Publikation »Die Jungen Alten – Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren« (Band 38 der Fachheftreihe »Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung«, BZgA 2011) gibt die vorliegende Expertise einen Überblick über die Lebenssituation 65- bis 80-jähriger Frauen und Männer in Deutschland.

Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat das Institut für Gerontologische Forschung e. V. nationale, öffentlich zugängliche Daten und aktuelle Informationen zu verschiedenen Themenschwerpunkten gezielt ausgewertet, um einen Überblick über die vielfältigen Lebensmodelle und Lebenslagen von Menschen im Alter zwischen 65 und 80 Jahren zu erhalten. Betrachtet werden die sozioökonomische Situation, das Ausmaß sozialer Beziehungen, die gesundheitliche Lage sowie das Gesundheitsverhalten der Älteren. Darüber hinaus werden die Bereiche Freizeit, zivilgesellschaftliches Engagement und Ehrenamt, Wohnen im Alter sowie das Thema Pflegebedürftigkeit beleuchtet.